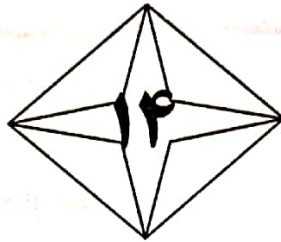


بخش ۱۴ داروهای تزریقی	
۳۹۰	۱۴.۱ آماده کردن دارو برای تزریق از آمپول و ویال
۳۹۴	۱۴.۲ مخلوط کردن داروها با استفاده از یک سرنگ
۳۹۵ ۳۹۹	۱۴.۳ تزریق زیر جلدی • تزریق زیرجلدی هپارین
۴۰۱ ۴۰۸	۱۴.۴ تزریق عضلانی • تزریق عضلانی به روش «زد»
۴۱۰	۱۴.۵ تزریق داخل جلدی

@Parastari98B



## داروهای تزریقی

### ۱۴.۱ آماده کردن دارو برای تزریق از آمپول و ویال

نظر به این که انجام تزریق روشی تهاجمی است که لازمه آن کاربرد دانش و مهارت پرستاری، و رعایت تکنیک استریل می باشد، انجام آن نباید بر عهده افراد غیر حرفه ای واگذار شود، اما این افراد لازم است از نشانه های واکنش های آلرژیک، و لزوم گزارش سریع آن به پرستار جهت اجرای اقدامات لازم بعدی مطلع شوند.

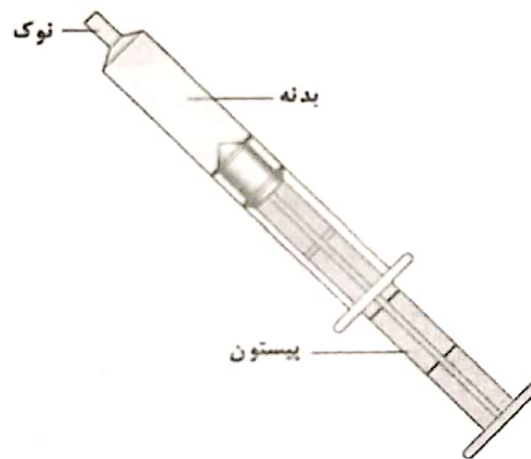
#### وسایل لازم

- ❖ کارت دارویی
- ❖ آمپول یا ویال حاوی داروی استریل
- ❖ سینی تزریق شامل:
  - الف) سوزن و سرنگ استریل (متناسب با حجم دارو، نحوه تزریق و وضعیت بیمار)
  - ب) ظرف محتوی پنبه آغشته به ماده ضد عفونی کننده / گاز آغشته به ماده ضد عفونی کننده
  - ج) اره در صورت لزوم
  - د) آب مقطر یا سرم فیزیولوژی استریل در صورتی که دارو به صورت پودر است
  - ه) ظرف تزریق
  - و) ریسور

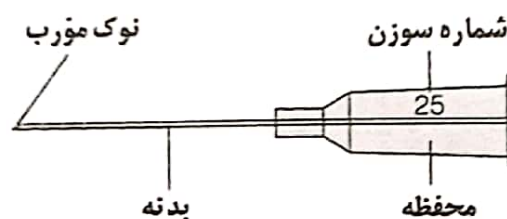
#### روش کار

۱. کارت دارو را با کاردکس تطبیق دهید.
۲. کلیه وسایل را آماده کنید.
۳. داروی دستور داده شده را از داخل قفسه دارویی، یخچال یا قفسه داروهای مخدر بردارید.
۴. برچسب روی آمپول یا ویال را به دقت بخوانید و دوباره با کارت دارو مقایسه کنید.

۵. دارو را از نظر تاریخ مصرف کنترل کنید.
۶. از روش سه بار کنترل برای تجویز دارو پیروی کنید. به این صورت که برچسب روی شیشه دارو را به صورت زیر کنترل کنید:
- الف) قبل از برداشتن از قفسه دارویی
- ب) قبل از کشیدن دارو
- ج) هنگام برگرداندن دارو به قفسه
۷. دست‌های خود را به روش جراحی بشوید.
۸. سرنگ و سوزن را به طریق استریل آماده کنید (قسمت‌های مختلف سرنگ و سوزن در تصاویر ۱۴-۱ و ۱۴-۲ نشان داده شده است).



تصویر ۱۴.۱ سه قسمت یک سرنگ



تصویر ۱۴.۲ قسمت‌های مختلف سوزن

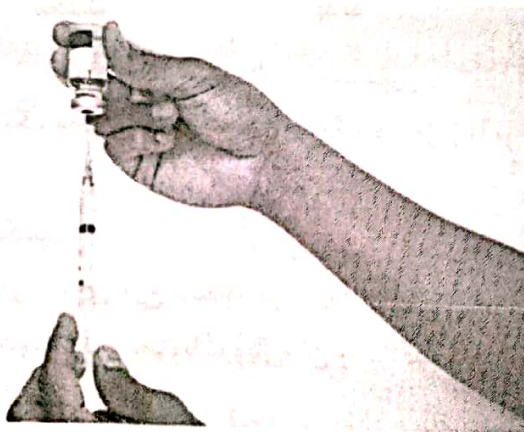
۹. از ثابت بودن سوزن به گردن سرنگ مطمئن شوید. مجدداً سرنگ و سوزن را بر روی سطح استریل پوشش اولیه سرنگ قرار دهید.
۱۰. دارو را به روش زیر در سرنگ بکشید:
- الف) در صورتی که از ویال حاوی داروی مایع استفاده می‌کنید:
- در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال، آن را در کف دست قرار داده به آرامی بچرخانید. هرگز آن را به شدت تکان ندهید.
  - حفاظ فلزی را که بر روی لاستیک سر ویال قرار گرفته است بردارید.

۳. لاستیک درب ویال را با پنبه آغشته به ماده ضد عفونی کننده بصورت دورانی تمیز کنید.
۴. پوشش روی سوزن را بردارید. در این حال دقت کنید که آن را به طور مستقیم خارج کنید تا از آلوده شدن سوزن جلوگیری شود. سپس برابر حجم دارویی که قرار است در سرنگ بکشید، هوا در داخل سرنگ بکشید.
۵. با دقت سوزن را از مرکز لاستیک درب ویال وارد آن کنید. مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ باشید. در کلیه موارد دست شما فقط می‌تواند با سطح خارجی بدنه سرنگ و دسته پیستون تماس حاصل کند.
۶. در حالی که نوک سوزن خارج از محلول دارویی قرار گرفته است، هوای داخل سرنگ را به داخل ویال تزریق کنید (تصویر ۱۴.۳).



تصویر ۱۴-۳ نحوه تزریق دارو به داخل ویال

۷. داروها را به یکی از دو روش زیر به داخل سرنگ بکشید:
  - در حالی که قاعده ویال بطرف پائین قرار دارد. حجم داروی مورد نیاز را در سرنگ بکشید.
  - در حالی که ویال را وارونه کرده‌اید حجم داروی مورد نیاز را در سرنگ بکشید.
۸. در هر دو صورت فوق ویال را وارونه هم سطح چشم خود بگیرید. در حالی که سر سوزن در داخل محلول دارو قرار دارد حجم مورد نیاز خود را دقیقاً تنظیم کنید (تصویر ۱۴.۴).
۹. سوزن را از داخل ویال خارج کنید و پوشش رویی سوزن را بر روی آن قرار دهید مراقب استریل بودن سوزن باشید.



تصویر ۱۴.۴ نحوه کشیدن دارو از ویال وارونه

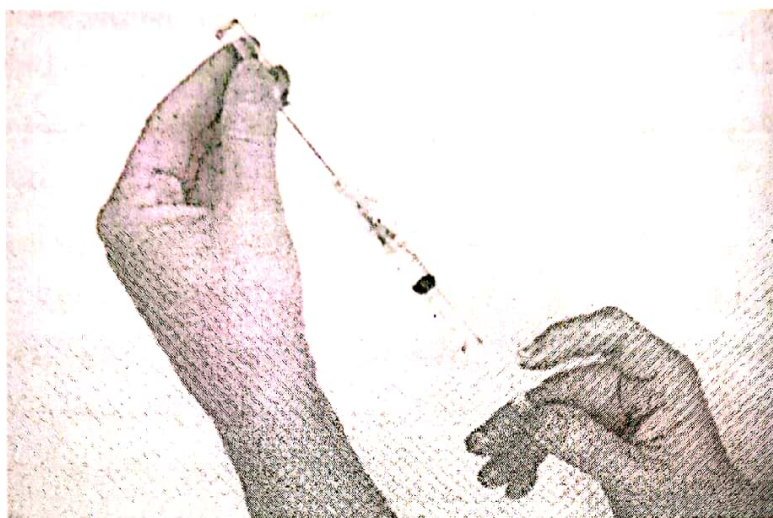


۱۰. سرنگ محتوی محلول دارویی را درون پوشش سرنگ در ظرف یا سینی تزریق قرار دهید.
۱۱. ویال را دور انداخته و یا چنانچه لازم است محتویات آن بعداً مورد استفاده قرار گیرد، در محل مربوطه قرار دهید.
- ب) در صورتی که از ویال حاوی پودر استفاده می‌کنید:
  ۱. دستور کارخانه سازنده را به دقت بخوانید.
  ۲. با رعایت تکنیک استریل، به اندازه حجم حلالی که قرار است اضافه شود از داخل ویال هوا خارج کنید، مگر آنکه دستور کارخانه سازنده مغایر آن باشد.
  ۳. آب مقطر یا سرم فیزیولوژی مورد نیاز را طبق روش به ویال اضافه کنید.
  ۴. در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرار داده به آرامی بچرخانید.
  ۵. حجم داروی مورد نیاز را در سرنگ کشیده طبق روش آموخته شده قبلی عمل کنید.
  ۶. چنانچه لازم است محلول آماده داخل ویال برای تزریقات بعدی مورد استفاده قرار گیرد، تاریخ، ساعت، مقدار دارو در هر میلی‌لیتر و نام خود را به صورت برجسته روی ویال بنویسید.
  ۷. ویال دارای برجسته را داخل یخچال قرار داده یا طبق دستور کارخانه سازنده عمل کنید.
- ج) در صورتی که از آمپول استفاده می‌کنید، دارو را به طریق ذیل در سرنگ بکشید:
  ۱. آمپول را برداشته به صورت دورانی بچرخانید به طوری که تمام محلول در قسمت پایین و پهن پوک قرار گیرد. در صورت لزوم می‌توانید با وارد آوردن ضرباتی به قسمت فوقانی آمپول، دارو را به قسمت پهن پایین پوک منتقل کنید.
  ۲. در صورتی که در گردن آمپول خط یا علامت مشخص جهت شکستن آن وجود ندارد، با پنبه یا گاز آغشته به ماده ضد عفونی‌کننده قسمت گردن آمپول‌واره را پاک کنید، سپس در حالی که گردن آمپول بر گاز آغشته به ماده ضد عفونی‌کننده، بر روی انگشت سبابه دست چپ تکیه دارد آن را با اره خراش دهید.
  ۳. گاز را در اطراف گردن آمپول قرار داده با فشار دست به طرف داخل یا خارج سر آمپول را از بدنه جدا کنید (تصویر ۵. ۱۴). قسمت جدا شده را در ظرف مخصوص اشیاء تیز و بُرنده قرار دهید.



تصویر ۵. ۱۴ نحوه شکستن گردن آمپول

۴. پوشش روی سوزن را به طریقی که آموخته‌اید بردارید.
۵. سوزن را در آمپول قرار دهید، و مقدار دارویی را که لازم دارید در سرنگ بکشید. در صورتی که به کل محتویات آمپول احتیاج دارید، با کج کردن آمپول، با دقت کل محتوی را در سرنگ بکشید (تصویر ۱۴-۶).



تصویر ۱۴-۶ نحوه کشیدن دارو از آمپول

۶. پوشش رویی سوزن را بر روی آن قرار دهید، مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ باشید.
۷. سرنگ محتوی داروی تزریقی را درون پوشش سرنگ، داخل ظرف یا سینی تزریق قرار دهید.
۸. آمپول مصرف شده را به دور بیاندازید.
۱۱. ظرف محتوی سرنگ حاوی دارو، پنبه الکلی و کارت دارویی را برداشته طبق روشی که خواهید آموخت تزریق را انجام دهید.

## مخلوط کردن داروها با استفاده از یک سرنگ

۱۴-۲

### وسایل لازم

- ❖ کارت دارویی
- ❖ دو ویال حاوی داروی استریل و یا یک ویال و یک آمپول
- ❖ پنبه آغشته به محلول ضدعفونی کننده
- ❖ سرنگ انسولین یا سرنگ معمولی ۲ تا ۵ میلی لیتری استریل و سوزن با شماره مورد نیاز
- ❖ سوزن اضافی استریل جهت تزریق عضلانی یا زیر جلدی (انتخابی)

### روش کار

۱. از صحت داروی دستور داده شده اطمینان حاصل کنید (مراحل ۱ تا ۶ روش آماده کردن دارو برای تزریق).
۲. قبل از آماده کردن و مخلوط نمودن داروها اطمینان حاصل کنید که حجم کل تزریق متناسب با محل تزریق است.
۳. با رعایت تکنیک استریل سرنگ و سوزن را آماده کنید (مراحل ۷ تا ۹ روش آماده کردن دارو برای تزریق).
۴. ویال یا آمپول دارویی را طبق روش آموخته شده برای کشیدن دارو آماده کنید.



۵. ظاهر دارو را از نظر شفافیت کنترل کنید، البته برخی داروها اصولاً کدر هستند.
  ۶. در صورت استفاده از انسولین، محلول حاوی هر ویال را با غلطاندن ویال در کف دست‌ها و وارونه کردن آن‌ها مخلوط کنید.
  ۷. درب لاستیکی ویال‌ها را با پنبه آغشته به محلول ضد عفونی‌کننده تمیز کنید.
  ۸. داروها را به صورت ذیل با رعایت کامل تکنیک استریل در سرنگ بکشید:
- الف) مخلوط کردن داروها از دو ویال:

۱. حجم هوایی معادل حجم داروی مورد نیاز از ویال‌های انسولین متوسط‌الاث‌ر (N) و معمولی (R) را در سرنگ بکشید.

۲. حجم هوایی معادل حجم داروی مورد نیاز از ویال انسولین متوسط‌الاث‌ر را به آن ویال وارد کنید (مرحله ۱ تصویر ۱۴.۷).

۳. سوزن را از این ویال خارج کنید. سوزن استفاده شده را با سوزن استریل دیگری عوض کنید.

۴. باقیمانده هوای داخل سرنگ را که معادل حجم داروی مورد نیاز از ویال انسولین معمولی است به آن ویال تزریق کنید (مرحله ۲ تصویر ۱۴.۷).

۵. حجم داروی مورد نیاز خود را از ویال حاوی انسولین معمولی در سرنگ بکشید (مرحله ۳ تصویر ۱۴.۷).

۶. حجم داروی مورد نیاز خود را با همان سوزن و سرنگ از ویال حاوی انسولین متوسط‌الاث‌ر در سرنگ بکشید (مرحله ۴ تصویر ۱۴.۷). دقت کنید که داروی کشیده شده قبلی به ویال انسولین متوسط‌الاث‌ر وارد نشود.

ب) مخلوط کردن داروها از یک ویال و یک آمپول:

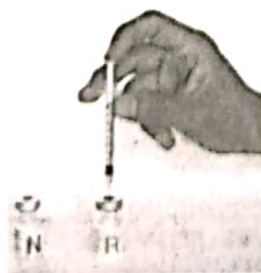
۱. ابتدا داروی داخل ویال را آماده کرده، در حد مورد نیاز داخل سرنگ بکشید.

۲. سپس مقدار داروی مورد نیاز از آمپول را داخل سرنگ بکشید.

۹. تزریق دارو را به روش صحیح در محل مناسب انجام دهید.



۱



۲



۳



۴

تصویر ۱۴.۷ نحوه مخلوط کردن دو نوع انسولین

تزریق زیر جلدی<sup>۱</sup>

۱۴.۳

اهداف

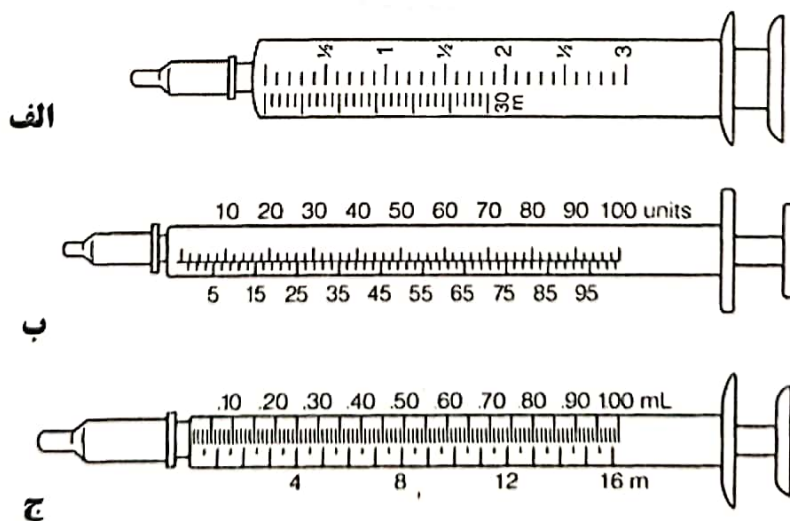
- ❖ تجویز دارو طبق نیاز بیمار
- ❖ تجویز دارو به منظور جذب آهسته‌تر در مقایسه با تزریق عضلانی یا وریدی

## نکات مورد بررسی

- ❖ حساسیت‌های دارویی
- ❖ واکنش خاص دارویی، عوارض و اثرات نامطلوب دارو
- ❖ دانش و نیازهای یادگیری بیمار در مورد دارو
- ❖ ظاهر و چگونگی محل تزریق از نظر ضایعات، قرمزی، تورم، کبودی، التهاب و آسیب بافتی ناشی از تزریقات قبلی
- ❖ همکاری بیمار در حین تزریق
- ❖ نواحی بکار رفته در تزریقات قبلی

## وسایل لازم

- ❖ کارت دارویی
- ❖ ویال یا آمپول حاوی داروی استریل
- ❖ سرنگ ۳ میلی‌لیتری یا انسولین یا توبرکولین بر حسب نیاز (تصویر ۸.۱۴)
- ❖ سوزن شماره ۲۵ به طول ۱ تا ۱/۵ سانتی‌متر
- ❖ پنبه آغشته به محلول ضد عفونی‌کننده/گاز آغشته به ماده ضد عفونی‌کننده، گاز استریل خشک در صورت لزوم
- ❖ دستکش طبق مقررات مؤسسه
- ❖ ظرف تزریق



تصویر ۸.۱۴ سه نوع سرنگ: الف) سرنگ ۳ میلی‌لیتری؛ ب) انسولین؛ ج) توبرکولین

## روش کار

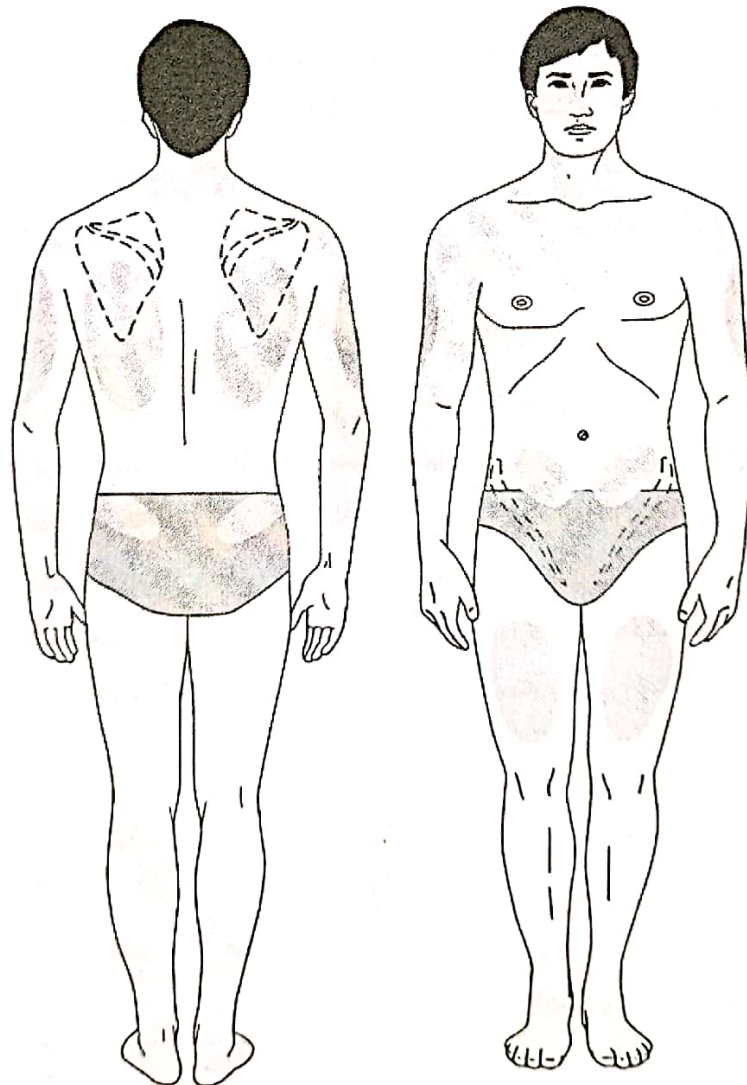
### آماده‌سازی

- از صحت داروی دستور داده شده اطمینان حاصل کنید (مراحل ۱ تا ۶ آماده کردن دارو برای تزریق).



## نحوه اجرا

۱. دارو را از داخل ویال یا آمپول طبق دستور (مراحل ۷ تا ۱۱ آماده کردن دارو برای تزریق) در سرنگ بکشید.
۲. کارت دارو را با کارت مشخصات بیمار از نظر نام بیمار، شماره تخت و اتاق مقایسه کرده از بیمار نام او را سؤال کنید.
۳. خود را به بیمار معرفی کنید. خلوت بیمار را فراهم آورید. هدف از تزریق دارو و تأثیر آن را با زبان قابل درک برای بیمار توضیح دهید.
۴. بسته به محل تزریق، بیمار را در وضعیتی قرار دهید که عضلات بازو، ران یا شکم شل باشند.
۵. محلی را برای تزریق انتخاب کنید که قبلاً زیاد مورد استفاده قرار نگرفته ضمناً عاری از حساسیت نسبت به لمس<sup>۱</sup>، سختی<sup>۲</sup>، تورم، جوشگاه<sup>۳</sup>، خارش، سوختگی یا التهاب موضعی باشد. نقاط معمول مورد استفاده برای تزریق زیر جلدی در تصویر ۱۴.۹ نشان داده شده است.



تصویر ۱۴.۹ محل‌های متداول برای تزریق زیر جلدی

1. Tenderness
2. Hardness
3. Scarring

۶ محل انتخاب شده را برهنه کنید.

۷ در صورت لزوم دستکش بپوشید.

۸ محل انتخابی را طبق مقررات مؤسسه با ماده ضد عفونی کننده، به صورت دورانی از مرکز به سمت خارج و به وسعت پنج سانتی متر پاک کنید.

۹ پنبه آغشته به ماده ضد عفونی کننده را بین انگشت سوم و چهارم دست غیر غالب خود (معمولاً دست چپ) برای استفاده بعدی قرار دهید.

۱۰ اجازه دهید پوست بیمار خشک شود.

۱۱ در حالی که منتظر خشک شدن ماده ضد عفونی کننده بر پوست هستید، پوشش روی سوزن را بردارید، برای این منظور به طریقی اقدام کنید که سوزن آلوده نشود.

۱۲ هوای موجود در سرنگ را کاملاً خالی کنید، تا قطره‌ای از دارو بر روی سطح مورب نوک سوزن دیده شود. چنانچه حباب‌های هوا به دیواره سرنگ چسبیده است با وارد کردن ضرباتی موجب خروج آن شوید.

۱۳ سرنگ را به طریق ذیل در دست راست (غالب) خود بین شست و انگشتان دیگر بگیرید:

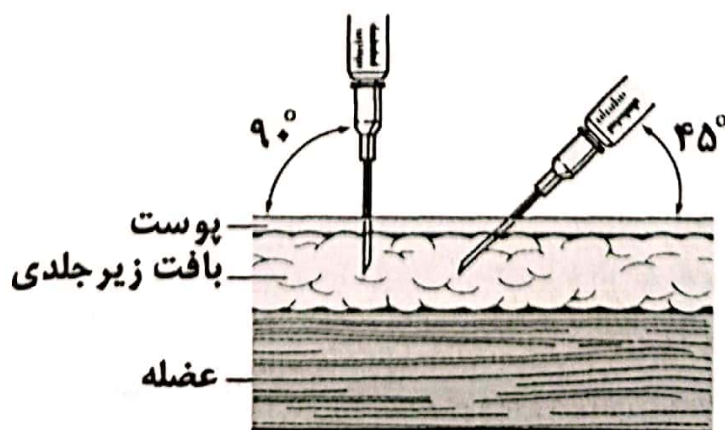
الف) سوزن با طول ۱/۵ سانتی متر لازم است با زاویه  $45^{\circ}$  وارد شود لذا کف دست باید به طرف بالا باشد.

ب) سوزن با طول ۱ سانتی متر لازم است با زاویه  $90^{\circ}$  وارد شود لذا کف دست باید به طرف پایین باشد (تصویر ۱۰.۱۴).

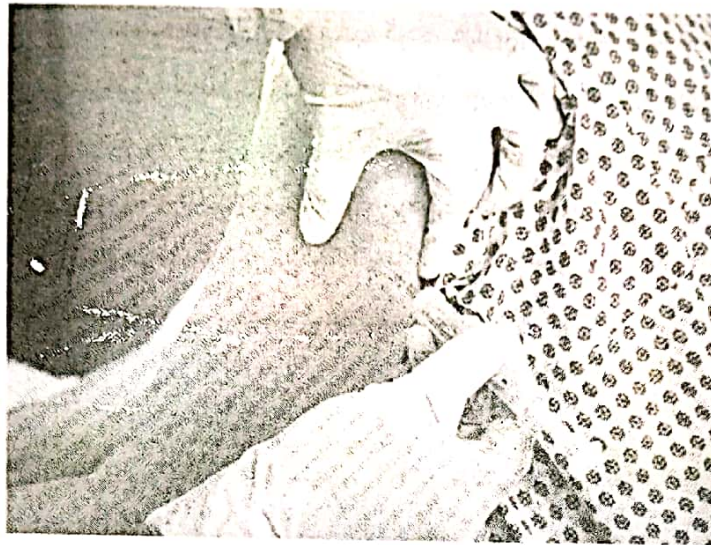
۱۴ با استفاده از دست دیگر پوست اطراف محل تزریق را کشیده یا جمع کنید. انتخاب این روش بسته به محل تزریق و وضعیت پوست بیمار (قطر بافت زیر جلدی) می‌تواند متفاوت باشد (تصویر ۱۱.۱۴). در صورتی که قطر بافت زیر جلدی در محل تزریق بیش از ۱/۲۵ سانتی متر باشد روش ایمن، تزریق با زاویه  $90^{\circ}$  درجه است در حالی که پوست کشیده شده است. در صورتی که قطر بافت زیر جلدی در محل تزریق کمتر از مقدار یاد شده باشد، لازم است که پوست جمع شده و تزریق با زاویه  $45^{\circ}$  تا  $60^{\circ}$  انجام شود.

۱۵ با یک حرکت ثابت، آرام و سریع بسته به محل تزریق، سوزن را وارد پوست کنید.

۱۶ با دست چپ خود بدنه سرنگ را گرفته، دست راست خود را به دسته پیستون منتقل کنید.



تصویر ۱۰.۱۴ نحوه وارد کردن سوزن به داخل بافت زیر جلدی با زاویه  $45^{\circ}$  و  $90^{\circ}$  درجه



تصویر ۱۱. نحوه انجام تزریق زیر جلدی

۱۷. با دست راست خود پیستون را به آهستگی به طرف خارج بکشید، اگر خون وارد سرنگ شد، آن را به طریق ذیل خارج کنید. سرنگ و سوزن را دور انداخته، تزریق دیگری آماده کنید. در غیر این صورت تمام محلول را به آرامی تزریق کنید.
۱۸. در بسیاری از تزریقات زیر جلدی خصوصاً انسولین، سوزن باید برای ۵ ثانیه پس از فشردن کامل پیستون در پوست باقی بماند تا از دریافت کامل دارو اطمینان حاصل آید.
۱۹. پنبه‌ای را که بین انگشتان ۳ و ۴ دست چپ خود قرار داده بودید، در اطراف محل تزریق قرار داده، سوزن را به سرعت، در امداد مسیر تزریق، از داخل پوست خارج کنید و پنبه را در محل خروج سوزن قرار دهید.
۲۰. پنبه را به آرامی در محل تزریق فشار دهید. در صورت ادامه خونریزی محل را با گاز استریل خشک فشار دهید تا خونریزی قطع شود (در تزریق زیر جلدی ندرتاً خونریزی وجود دارد).
۲۱. پس از اتمام تزریق، بدون برگرداندن سرپوش روی سوزن، سرنگ استفاده شده را داخل ظرف تزریق قرار دهید. **استدلال:** این عمل مانع از صدمات ناشی از ورود سوزن به پوست پرستار می‌شود.
۲۲. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید. سوزن استفاده شده را در ظرف غیر قابل نفوذی به دور اندازید.
۲۳. در صورت پوشیدن دستکش آن را خارج کنید. دست‌ها را بشوید.
۲۴. اطلاعات خود را در مورد نوع داروی تزریقی، مقدار، روش تجویز و هرگونه بررسی انجام شده، با ذکر تاریخ، ساعت و نام پرستار در پرونده بیمار یادداشت کنید.
۲۵. تأثیر داروی تزریقی را در زمان مورد انتظار ارزش‌یابی کنید.

### • تزریق زیر جلدی هپارین<sup>۱</sup>

- تزریق زیر جلدی هپارین به دلیل خاصیت ضد انعقادی آن نیاز به توجه خاص دارد. به این منظور لازم است:
۱. محلی را به روی شکم، به دور از ناف (حداقل ۵ سانتی‌متر) و واقع در قسمت فوقانی خارخاصره انتخاب کنید. برخی از مؤسسات استفاده از ران‌ها یا بازوها را برای تزریق هپارین بعنوان محل‌های جایگزین شکم توصیه می‌کنند. از تزریق در نواحی دارای خون‌مردگی، جوشگاه یا حساس در لمس اجتناب کنید.

1. Heparin



۲. سوزنی با طول ۱ سانتی‌متر، با شماره ۲۵ یا ۲۶ انتخاب کرده، هپارین را در سرنگ بکشید. طبق روش آموخته شده با رعایت تکنیک استریل تزریق را انجام دهید، بدین صورت که در افراد عادی سوزن را با زاویه ۹۰ درجه و در افراد خیلی لاغر با زاویه ۴۵ درجه وارد و تزریق را انجام دهید.
۳. تزریق هپارین نیاز به آسپیراسیون ندارد.
۴. پس از تزریق محل را ماساژ ندهید.
۵. محل تزریقات بعدی لازم است به صورت چرخشی انتخاب شود.

### نکات مورد ارزش‌یابی

- ❖ اجرای برنامه مراقبت‌های پی‌گیری مثل اثرات مطلوب داروئی (نظر تسکین درد، کاهش قند خون، ...)، هر گونه اثرات نامطلوب داروئی (نظیر تهوع، استفراغ، ...) و علائم بالینی عوارض داروئی
- ❖ تعیین ارتباط یافته‌های اخیر با اطلاعات قبلی قابل دسترس
- ❖ گزارش موارد انحراف از طبیعی به سرپرستار

### نمونه گزارش کتبی

تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/-	۹/۰۰	بیمار از درد شدید در رُبع فوقانی راست شکم شکایت دارد، بی‌قرار و ناآرام است ۱۰ میلی‌گرم مورفین به روش زیرجلدی در قسمت بالای بازوی چپ تزریق شد. دانشجوی پرستاری نزهت کاویان
۹۳/-/-	۱۰/۰۰	بیمار اظهار می‌دارد درد برطرف شده است. عضلات صورت انقباض کمتری را نشان می‌دهد به آرامی دراز کشیده است. دانشجوی پرستاری نزهت کاویان

### ملاحظات مربوط به مراقبت در منزل (تزریق زیرجلدی)

- برای تزریق‌های مکرر لازم است برنامه‌ای جهت تغییر محل‌های تزریق توسط بیمار تنظیم گردد.
- از نظر بهره‌وری اقتصادی بیماران می‌توانند چندین بار از سرنگ‌های یک‌بار مصرف استفاده نمایند، زیرا به استناد یافته‌های پژوهش ۲ تا ۳ بار استفاده از سرنگ انسولین توسط بیماران دیابتیک در منزل ایمن می‌باشد.
- هر بیماری که مجدداً از سرنگ یک بار مصرف استفاده می‌کند لازم است نحوه نگهداری سرنگ و نحوه سرپوش‌گذاری صحیح روی سوزن را بیاموزد. بیمارانی که عادات بهداشتی خوبی ندارند و یا اینکه دچار زخم‌های باز در دست‌های خود می‌باشند و یا مقاومت پایینی نسبت به عفونت دارند نباید از سرنگ یک‌بار مصرف استفاده مجدد کنند.
- به بیمار توصیه کنید که از سوزن‌های صدمه دیده و یا کُند شده استفاده نکند.



- در بیماران وابسته به انسولین فردی از افراد خانواده باید در مورد نحوه صحیح تزریق انسولین آگاهی و مهارت داشته باشد تا در هنگام بروز هیپرگلیسمی<sup>۱</sup> قادر به تزریق انسولین باشد و در هنگام بروز هیپوگلیسمی<sup>۲</sup> بتواند اقدامات لازم را به عمل آورد.
- در بیمارانی که دچار اختلال در دید می‌باشند، می‌توانند از سرنگ‌های از قبل پُر شده که در محیط مناسب (یخچال) نگهداری شده‌اند استفاده کنند.
- به بیمار و خانواده او در مورد جمع‌آوری سوزن‌های مصرف شده در یک ظرف فلزی درب‌دار آموزش دهید.

۱۴.۴	تزریق عضلانی <sup>۳</sup> ویتال ← پوریری (بین سلین) آمپول ← مایع
------	--

## هدف

- ❖ تجویز دارو طبق نیاز بیمار

## نکات مورد بررسی

- ❖ حساسیت‌های دارویی
- ❖ واکنش خاص دارویی، عوارض و اثرات نامطلوب
- ❖ دانش و نیازهای یادگیری بیمار در مورد داروی مصرفی
- ❖ سلامت بافت محل انتخاب شده ← عرق و زخم گشوده، عدم لیپوداترزی
- ❖ سن و وزن بیمار به منظور انتخاب محل تزریق و شماره سوزن
- ❖ توانایی و تمایل بیمار به همکاری

## وسایل لازم

- ❖ کارت دارویی
- ❖ ویال یا آمپول حاوی داروی استریل
- ❖ سرنگ ۲ تا ۵ میلی‌لیتری
- ❖ شماره و طول سوزن بسته به نوع عضله، نوع محلول تزریقی، محل تزریق، میزان بافت چربی که عضله مورد نظر را پوشانیده و سن بیمار متفاوت می‌باشد.
- ❖ الف) برای تزریق در عضلات بزرگی نظیر گلوئیال متوسط<sup>۴</sup> معمولاً از سوزن شماره ۲۱ یا ۲۲ با طول ۲/۵ تا ۳/۷۵ سانتی‌متر استفاده می‌شود.
- ❖ ب) برای تزریق در عضله دلتوئید معمولاً از سوزن شماره ۲۳ تا ۲۵ با طول ۲/۵ سانتی‌متر استفاده می‌شود.
- ❖ ج) برای تزریق محلول‌های روغنی نظیر ویتامین د از سوزن‌های کلفت‌تر استفاده می‌شود.

1. Hyperglycemia
2. Hypoglycemia
3. Intramuscular injection
4. Gluteus medius

د) در مواردی که بافت چربی زیادی روی عضله را پوشانیده از سوزن‌های بلندتر (۵ سانتی‌متر) و در بیماران لاغر از سوزن‌های کوتاه‌تر (۲/۵ سانتی‌متر) استفاده می‌شود.

- ❖ پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده / گاز آغشته به محلول ضد عفونی کننده
- ❖ دستکش طبق مقررات مؤسسه
- ❖ گاز استریل خشک در صورت لزوم

## روش کار

### آماده سازی

■ از صحت داروی دستور داده شده اطمینان حاصل کنید (مراحل ۱ تا ۶ آماده کردن دارو برای تزریق).

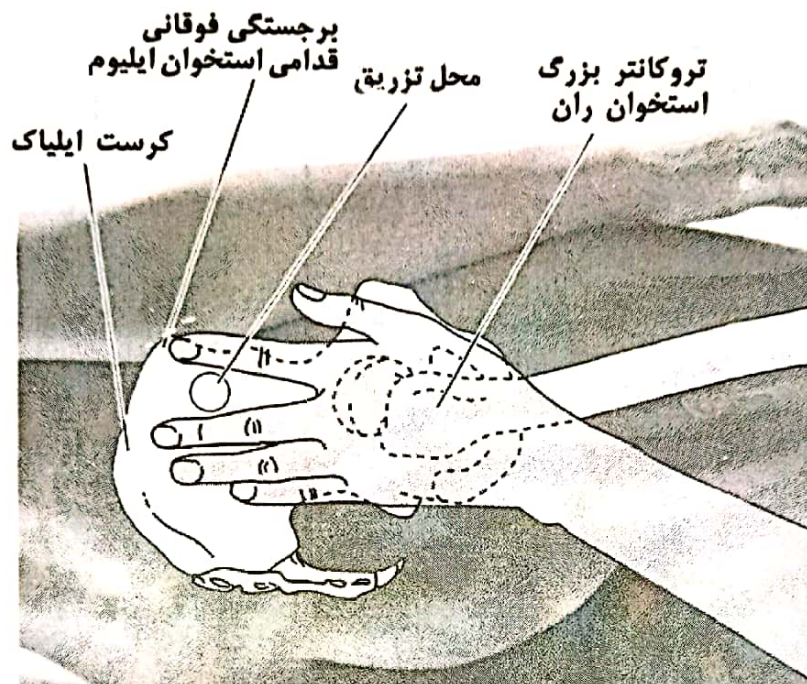
### نحوه اجرا

۱. دارو را از داخل آمپول یا ویال طبق دستور (مراحل ۷ تا ۱۱ آماده کردن دارو برای تزریق) در سرنگ بکشید.
۲. چنانچه دارو موجب تحریک بافت زیرجلدی می‌شود، قبل از تزریق سوزن را عوض کنید.
۳. کارت دارو را با کارت مشخصات بیمار از نظر نام بیمار، شماره تخت و اتاق، مقایسه کرده نام بیمار را از او سؤال کنید.
۴. خود را به بیمار معرفی کنید خلوت او را فراهم آورید. هدف از تزریق دارو و تأثیر آن را با زبان قابل درک برای بیمار توضیح دهید.
۵. بسته به حجم محلول تزریقی، جثه و سن بیمار، محل تزریق را انتخاب کنید. محلی را که برای تزریق انتخاب می‌کنید لازم است عاری از ضایعات پوستی، حساسیت در لمس، تورم، سختی، یا التهاب موضعی باشد.
۶. متناسب با محل تزریق انتخابی، بیمار را در وضعیت مناسب قرار دهید:

### الف) ناحیه و تروگلوتیال<sup>۱</sup> بر روی عضله گلوئوس متوسط:

این عضله ایمن‌ترین محل برای تزریق عضلانی بیش از یک میلی‌لیتر دارو در بیماران بالای ۷ ماه می‌باشد. بیمار می‌تواند در وضعیت به پشت، به شکم یا به پهلو خوابیده قرار گیرد. بهتر است زانو و لگن کمی خم شده باشند تا عضله مربوطه شل شود.

برای تعیین محل تزریق بر روی این عضله، پرستار باید کف دست خود را بر روی تروکانتر بزرگ قرار دهد، به طوری که انگشتان وی متوجه سر بیمار باشد. معمولاً از دست راست برای پای چپ و از دست چپ برای پای راست استفاده می‌شود. انگشت سبابه بر روی برجستگی فوقانی قدامی استخوان ایلیوم قرار گرفته و انگشت میانی دست به طرف عقب کشیده می‌شود، به طوری که لبه کمرست ایلیاک را لمس کنید. سپس با انگشت خود به پایین آن فشار آورید. محل تزریق در این حالت مرکز مثلی خواهد بود که با انگشت سبابه، میانی و لبه کمرست ایلیاک تشکیل شده است (تصویر ۱۲، ۱۴).



تصویر ۱۲.۱۴ تعیین محل تزریق عضلانی در ناحیه ونتروگلوتیال

### ب) ناحیه دور سوگلوتیال<sup>۱</sup> بر روی عضلات ضخیم باسن

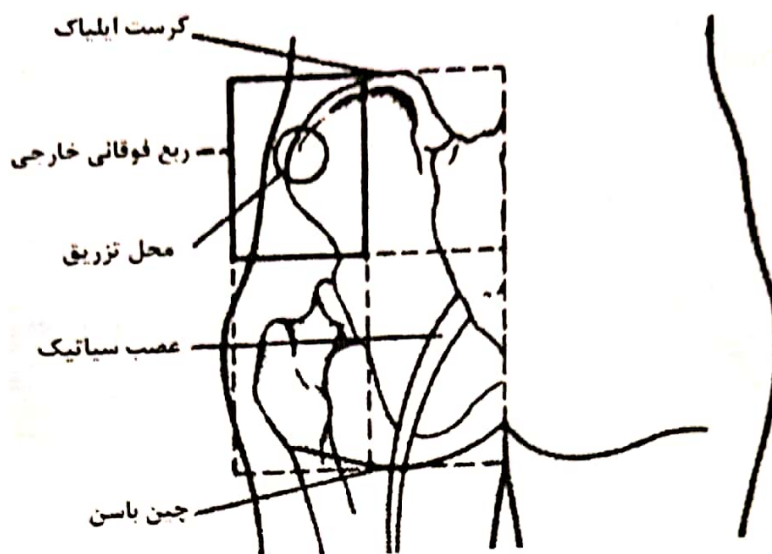
این عضله بطور معمول اصلی‌ترین محل برای تزریق عضلانی به شمار آمده است، اما امروزه استفاده از این عضله را به دلیل خطرات احتمالی توصیه نمی‌کنند. نظر به نزدیکی این عضله به عصب سیاتیک و عصب و شریان گلوتیال فوقانی، عوارضی مثل درد، فلج، و بی‌حسی ممکن است رخ دهد. به علاوه بافت زیر جلدی در این محل دارای قطر بیشتری است و دارو در عوض ورود به عضله ممکن است به داخل بافت زیر جلدی تزریق گردد که در نتیجه اثرات درمانی مورد انتظار را تحت تأثیر قرار خواهد داد. به همین دلیل استفاده از عضله ونتروگلوتیال ارجح می‌باشد.

در صورت اجبار به تزریق در این عضله اطلاعات ذیل می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

ناحیه دور سوگلوتیال می‌تواند برای بزرگسالان و کودکان بالای سه سال که عضلات گلوتیال آن‌ها به خوبی تکامل یافته است استفاده شود. جهت این نوع تزریق معمولاً بیمار بر روی شکم خوابیده، انگشتان پا را به طرف وسط می‌چرخاند و یا اینکه بیمار به پهلو خوابیده پای رویی را از ناحیه لگن و زانو خم می‌کند. هر دو این وضعیت‌ها موجب شل شدن عضله گلوتیال می‌گردد که درد ناشی از تزریق را کاهش می‌دهد. حجم قابل تزریق می‌تواند تا ۵ میلی‌لیتر انتخاب شود. محل تزریق در این عضله معمولاً قسمت بالا و خارج، ربع فوقانی خارجی باسن در حدود ۵ تا ۸ سانتی‌متر پایین‌تر از کرست ایلیاک خواهد بود که به دو روش مشخص می‌شود:

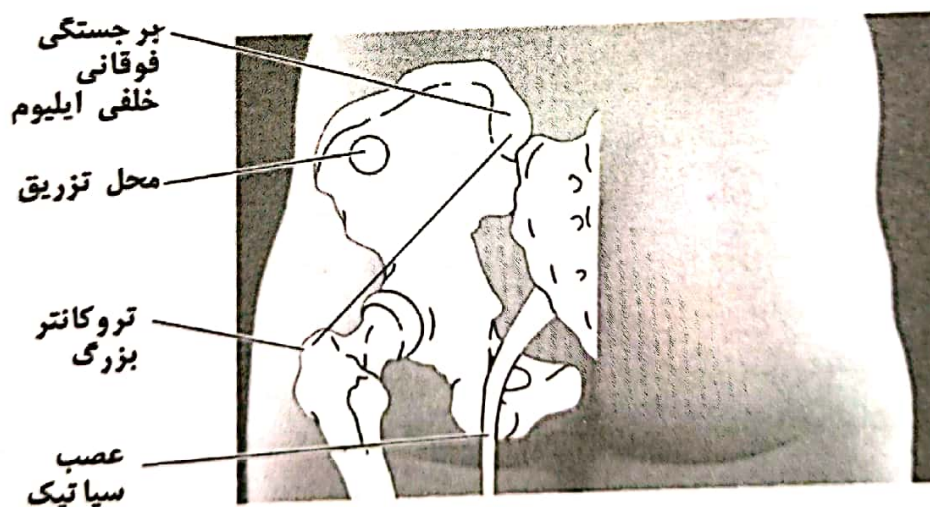
۱. یک لب باسن را با خطوط فرضی به چهار قسمت تقسیم کنید. محل دقیق قسمت بالا و خارج را بر روی ربع فوقانی خارجی مشخص کنید. در این هنگام با لمس کرست ایلیاک می‌توان از انتخاب محل صحیح تزریق که به اندازه کافی بالا می‌باشد مطمئن شد. انتخاب محل تزریق بدون لمس کرست ایلیاک روش مطمئنی نخواهد بود (تصویر ۱۳.۱۴).





تصویر ۱۳.۱۴ تعیین محل تزریق عضلانی در ناحیه دور سوگلویتال (روش ۱)

۲. یک خط فرضی از برجستگی فوقانی خلفی ایلپوم تا تروکانتر بزرگ رسم کنید. این خط به موازات عصب سیاتیک خواهد بود. محل تزریق قسمت بالا و کنار این خط خواهد بود (تصویر ۱۴.۱۴).



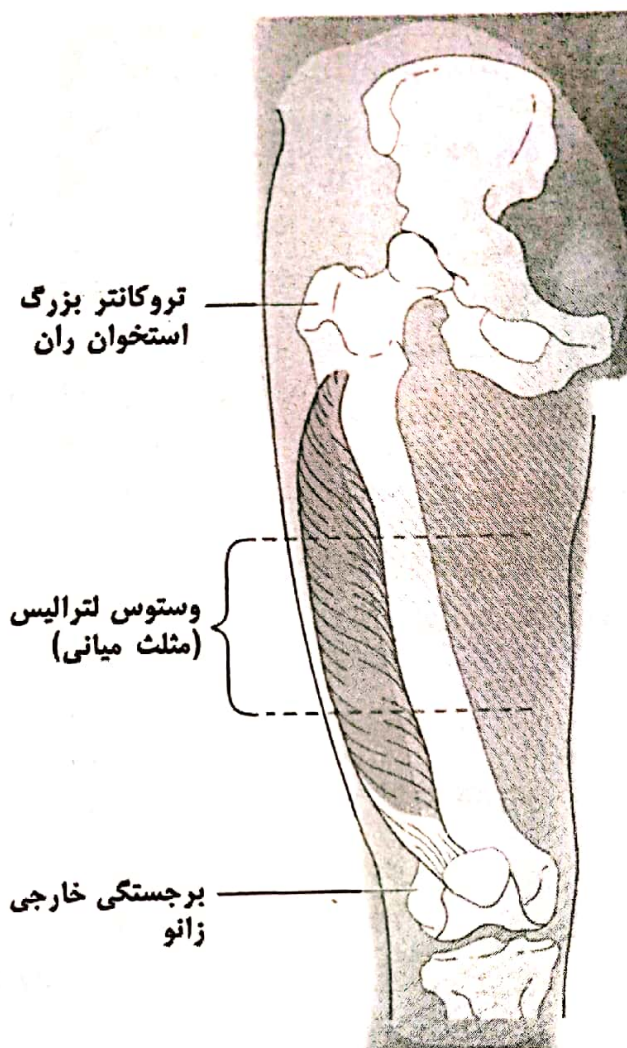
تصویر ۱۴.۱۴ تعیین محل تزریق عضلانی در ناحیه دُرسوگلویتال (روش ۲)

### ج) ناحیه وستوس لترالیس<sup>۱</sup>

این محل می‌تواند برای بزرگسالان و کودکان به کار رود، ضمناً محل انتخابی تزریق عضلانی برای شیرخواران می‌باشد. بیمار می‌تواند در وضعیت خوابیده به پشت یا نشسته قرار گیرد. ثلث میانی این عضله محل مناسبی برای تزریق خواهد بود که با تقسیم فاصله بین تروکانتر بزرگ استخوان ران و برجستگی خارجی زانو به سه قسمت و انتخاب ثلث میانی آن به دست می‌آید (تصویر ۱۴.۱۵).

1. Vastus lateralis





تصویر ۱۴.۱۵ تعیین محل تزریق عضلانی در ناحیه وستوس لترالیس در بیمار بزرگسال

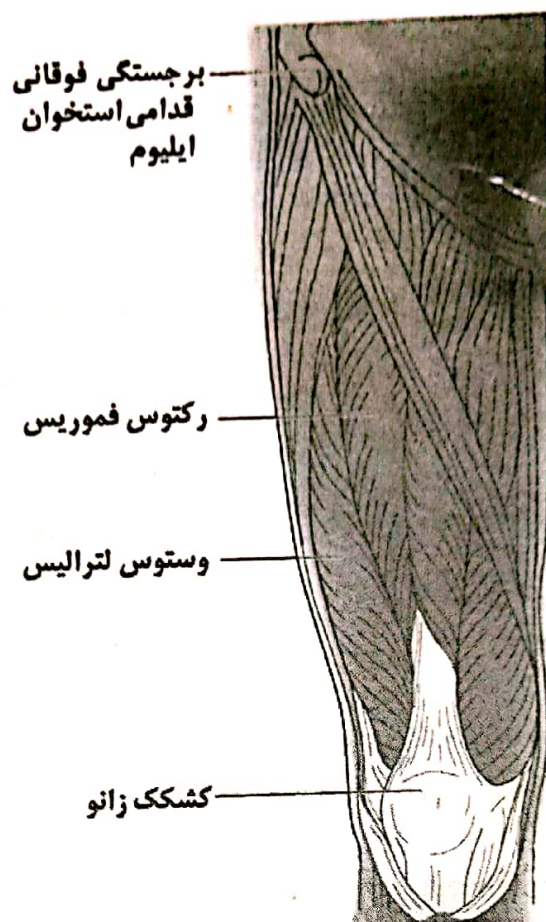
#### د) ناحیه رکتوس فموریس<sup>۱</sup>

این عضله در گروه عضلات چهار سر ران (تصویر ۱۴.۱۶) در قسمت جلوی ران قرار گرفته است. این محل برای شیرخواران، کودکان و بزرگسالان در مواردی که استفاده از محل‌های دیگر مجاز نمی‌باشد مورد استفاده قرار می‌گیرد. بیمار در وضعیت نشسته یا خوابیده به پشت قرار خواهد گرفت. دسترسی به این محل برای بیمارانی که تزریق خود را انجام می‌دهند آسان می‌باشد.

#### ه) ناحیه دلتوئید

این عضله بر روی قسمت کناری فوقانی بازو قرار دارد. معمولاً به دلیل نزدیکی به عصب و شریان رادیال برای تزریق عضلانی به کار نمی‌رود. برخی مواقع به منظور جذب سریع دارو برای بزرگسالان و کودکان بالای ۱۸ ماه انتخاب می‌شود. وضعیت نشسته و یا خوابیده می‌تواند برای این تزریق به کار گرفته شود. حجم قابل تزریق در عضله دلتوئید ۰/۵ تا ۱ میلی‌لیتر می‌باشد.

1. Rectus femoris



تصویر ۱۴.۱۶ محل عضله رکتوس فموریس در ران راست برای تزریق عضلانی

برای تعیین محل تزریق بر روی عضله دلتوئید لازم است لبه پایینی زائده اکرومیون لمس شود. همچنین قسمت میانی بازو که در مجاورت زیر بغل می‌باشد تعیین گردد. مثلی که قاعده آن در امتداد زائده اکرومیون و رأس آن بر روی بازو به مجاورت زیر بغل می‌باشد محل مناسب برای این تزریق خواهد بود که تقریباً ۵ سانتی‌متر پایین‌تر از زائده اکرومیون تزریق انجام می‌شود (تصویر ۱۷. ۱۴).

روش دیگر جهت مشخص کردن محل تزریق بر روی عضله دلتوئید، قرار دادن چهار انگشت به طور عرضی بر روی عضله دلتوئید است به طوری که انگشت کوچک بر روی زائده اکرومیون قرار گیرد. محل مناسب، سه انگشت پایین‌تر از برجستگی اکرومیون خواهد بود (تصویر ۱۸. ۱۴).

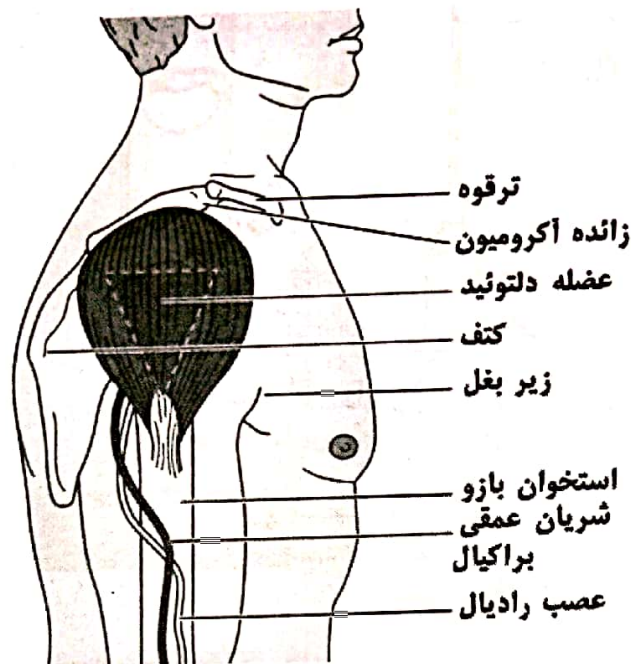
۷. در صورت نیاز به تزریق مکرر، محل تزریق را به طور چرخشی انتخاب کنید.

۸. محل انتخاب شده را برهنه کنید.

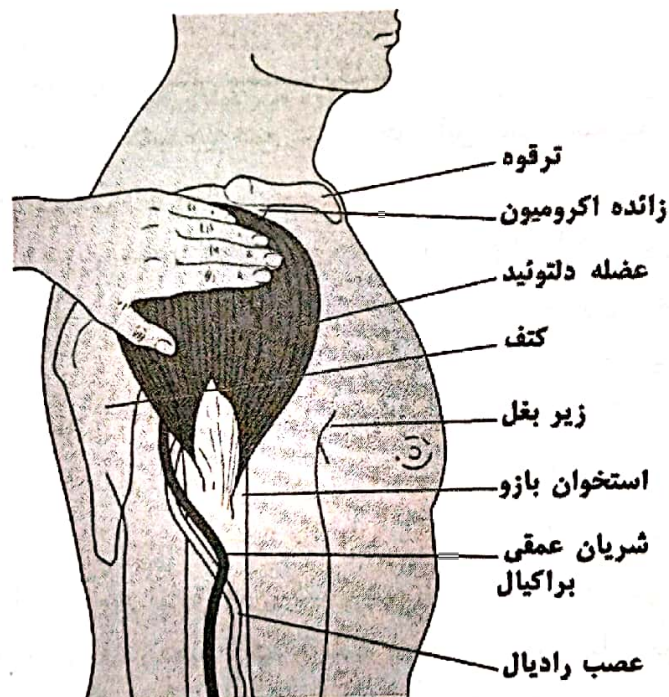
۹. در صورت لزوم دستکش بپوشید.

۱۰. محل انتخابی را طبق مقررات مؤسسه با ماده ضد عفونی کننده به صورت دورانی از مرکز به سمت خارج به وسعت ۵ سانتی‌متر پاک کنید. وارد آوردن فشار محکم در محل تزریق برای ۱۰ ثانیه در مرحله قبل از وارد کردن سوزن می‌تواند، درد ناشی از تزریق را کاهش دهد.

۱۱. پنبه آغشته به ماده ضد عفونی کننده را برای استفاده بعدی بین انگشت سوم و چهارم دست غیر غالب خود (معمولاً دست چپ) قرار دهید.



تصویر ۱۷، ۱۴ محل عضله دلتوئید در قسمت بالای بازو برای تزریق عضلانی

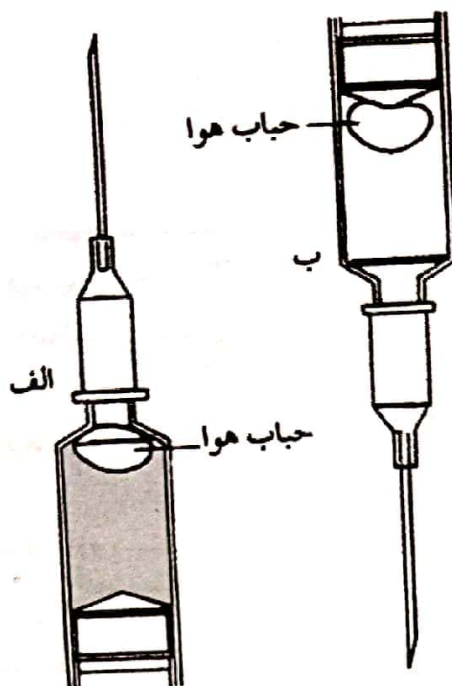


تصویر ۱۸، ۱۴ تعیین محل تزریق عضلانی در دلتوئید

۱۲. در حالی که منتظر خشک شدن پوست از ماده ضد عفونی کننده هستید، پوشش روی سوزن را بردارید، برای این منظور به طریقی اقدام کنید که سوزن آلوده نشود.

۱۳. سرنگ را طوری در دست بگیرید که هوای داخل آن به طرف نوک سرنگ متمایل باشد. در این حال تنها ۰/۲ میلی لیتر هوا در سرنگ باقی گذاشته و بقیه هوای اضافی را خارج کنید. این عمل خصوصاً جهت داروهای که موجب تحریک پوست و بافت های زیر جلدی می شوند مفید خواهد بود (تصویر ۱۹-۱۴).





**تصویر ۱۹. ۱۴** وجود یک حباب هوا در داخل سرنگ حاوی دارو: الف) در حالی که نوک سوزن به طرف بالا قرار دارد. ب) در حالی که نوک سوزن به طرف پایین قرار دارد.

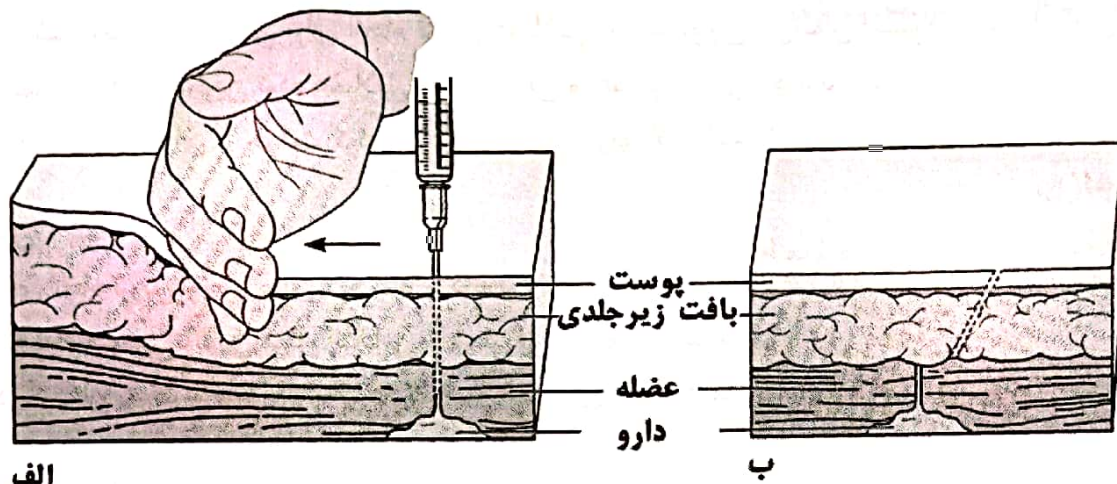
۱۴. سرنگ را در دست راست خود بین انگشتان و شست بگیرید.
۱۵. با استفاده از دست دیگر پوست را کشیده یا جمع کنید. انتخاب این روش بسته به محل تزریق و وضعیت پوست بیمار (قطر بافت زیرجلدی) می‌تواند متفاوت باشد.
۱۶. با یک حرکت ثابت، آرام و سریع بسته به محل تزریق، سوزن را با زاویه ۹۰ درجه وارد عضله کنید.
۱۷. سپس با دست چپ بدنه سرنگ را گرفته و دست راست خود را به دسته پیستون منتقل کنید.
۱۸. با دست راست خود پیستون را به آهستگی (طی ۵ تا ۱۰ ثانیه) به طرف خارج بکشید، اگر خون وارد سرنگ شد آن را خارج کنید، سرنگ و سوزن را دور انداخته، تزریق دیگری آماده کنید. در غیر اینصورت تمام محلول را به آرامی تزریق کنید. پس از تزریق تمام دارو برای مدت ۱۰ ثانیه تأمل کنید تا کل دارو وارد بافت شود.
۱۹. پنبه‌ای را که بین انگشتان ۳ و ۴ دست چپ خود قرار داده بودید، در اطراف محل تزریق قرار داده، سوزن را به سرعت از داخل عضله در امتداد مسیر تزریق خارج کنید و پنبه را در محل خروج سوزن قرار دهید.
۲۰. پنبه را به آرامی در محل تزریق فشار دهید. ناحیه را ماساژ ندهید. در صورت ادامه خونریزی، محل را با گاز استریل خشک فشار دهید، تا خونریزی قطع شود.
۲۱. مراحل ۲۰ الی آخر تزریق زیرجلدی را انجام دهید.

### • تزریق عضلانی به روش «زد»

این روش معمولاً در مواردی که دارو برای پوست مضر بوده و موجبات تحریکات شدید پوستی و بافت زیر جلدی را فراهم می‌آورد استفاده می‌شود. پس از کشیدن دارو در سرنگ، سوزن استریل جدید را به سرنگ وصل کنید و ۱/۲



میلی لیتر هوا در سرنگ نگهدارید. با دست غیر غالب خود پوست محل تزریق را در حدود ۲/۵ سانتی متر به یک طرف بکشید (تصویر ۱۴.۲۰). استدلال: کشیدن پوست و بافت زیر جلدی به یک طرف ورود سوزن را تسهیل می کند.



تصویر ۱۴.۲۰ نحوه وارد کردن سوزن برای تزریق عضلانی به روش زد. الف: کشیدن پوست به یک طرف. ب: آزاد کردن پوست

سوزن را طبق دستور وارد کرده، طبق روش آموخته شده دارو را تزریق کنید. پس از تزریق لازم است به مدت ۱۰ ثانیه فرصت داده شده و سوزن خارج شود، سپس اجازه داده شود پوست به حالت اولیه خود برگردد. این عمل راه خروج دارو از عضله به بافت زیرجلدی و پوست را مسدود می کند. از انجام ماساژ محل تزریق در این روش باید اجتناب کرد.

### نکات مورد ارزش یابی

- ❖ اجرای برنامه مراقبت های پی گیری مثل اثرات مطلوب دارو (نظیر کاهش درد یا استفراغ، ...) واکنش های نامطلوب دارویی یا عوارض، واکنش های موضعی پوست یا بافت در محل تزریق (نظیر قرمزی، تورم، درد و ...)
- ❖ تعیین ارتباط یافته های اخیر با اطلاعات قبلی قابل دسترس
- ❖ گزارش موارد مهم انحراف از طبیعی به سرپرستار

### نمونه گزارش کتبی

تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/-	۹/۰۰	بیمار از خستگی شدید و سردرد شکایت دارد، درجه حرارت ۳۹/۹ درجه سانتی گراد، نبض ۹۴ در دقیقه، تنفس ۲۳ در دقیقه و سطحی، از درد قسمت پایین، چپ و خلف قفسه سینه در هنگام تنفس شکایت دارد. یک گرم استرپتومایسین <sup>۱</sup> به صورت عضلانی در ناحیه ونتروگلوئیال چپ تزریق شد.
		پرستار مهران کیانی

## ملاحظات مربوط به دوره‌های مختلف زندگی (تزریق عضلانی)

### شیرخواران

- از عضله وستوس لترالیس برای انجام تزریق عضلانی در شیرخواران می‌توان استفاده کرد. در این محل ضمن وجود بزرگ‌ترین توده عضلانی، عروق خونی و اعصاب مهمی وجود ندارد.
- از فرد دیگری برای بی‌حرکت کردن کودک در حین تزریق لازم است استفاده شود.

### کودکان

- برای انجام تزریق از سوزن‌های کوچک‌تر و کوتاه‌تر (شماره ۲۲ تا ۲۵ با طول ۱/۵ تا ۲/۵ سانتی‌متر) استفاده می‌شود.
- عضله وستوس لترالیس محل انتخابی برای تزریق در کودکان می‌باشد.
- در کودکان بزرگ‌تر و نوجوانان محل‌های توصیه شده برای تزریق همانند بزرگسالان است (ونتروگلووتیال و دلتوئید)

### سالمندان

- بیماران مسن‌تر توده عضلانی کمتری دارند لذا برای تزریق لازم است از سوزن‌های کوتاه‌تر استفاده شود.
- جذب داروها ممکن است سریع‌تر از حد انتظار رخ دهد.

تزریق داخل جلدی <sup>۱</sup>	۱۴.۵
------------------------------	------

### هدف

- ❖ تجویز دارو به منظور تست‌های حساسیتی و غربالگری سل

### نکات مورد بررسی

- ❖ ظاهر ناحیه تزریق
- ❖ تأثیر خاص دارو و واکنش مورد انتظار
- ❖ دانش بیمار در مورد تأثیر دارو و واکنش آن
- ❖ مقررات مؤسسه در مورد ناحیه قابل استفاده برای تست پوستی

### وسایل لازم

- ❖ کارت دارویی
- ❖ ویال یا آمپول حاوی داروی استریل
- ❖ سرنگ ۱ میلی‌لیتری که به صورت ۱۰۰ قسمتی مدرج شده است.
- ❖ سوزن به طول ۰/۶ تا ۱ سانتی‌متر به شماره‌های ۲۵، ۲۶ یا ۲۷
- ❖ پنبه آغشته به الکل
- ❖ دستکش طبق مقررات مؤسسه

❖ اپی نفرین، یک داروی گشادکننده بَرُنش و آنتی هیستامین در دسترس

❖ باند در صورت لزوم

❖ گاز استریل ۲×۲ در صورت لزوم

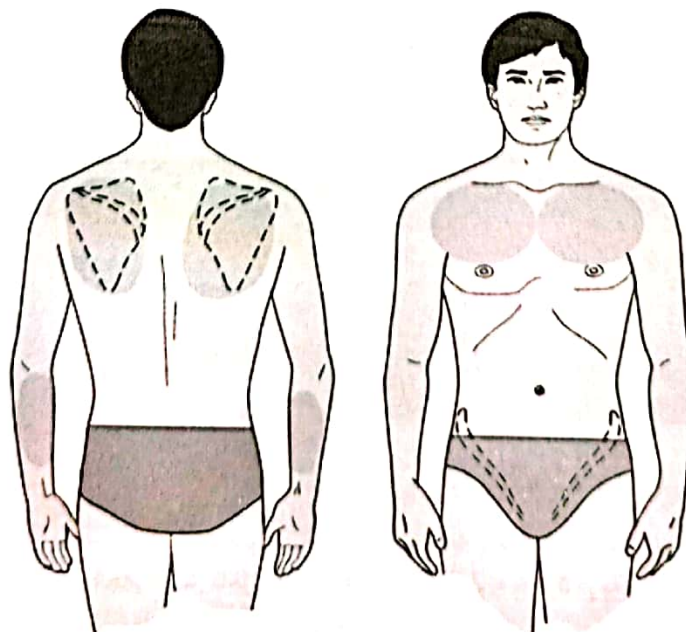
## روش کار

### آماده سازی

■ از صحت داروی دستور داده شده اطمینان حاصل کنید.

## نحوه اجرا

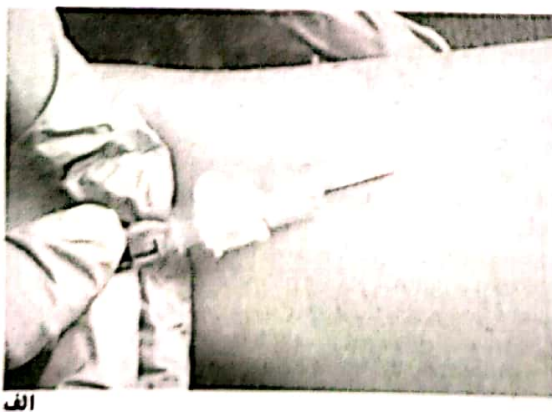
۱. مراحل ۱ الی ۴ از روش تزریق زیرجلدی را انجام دهید.
۲. برای بیمار توضیح دهید که تزریق دارو برجستگی کوچکی شبیه یک تاول ایجاد می نماید و بیمار با ورود سوزن در پوست احساس سوزش خفیفی خواهد کرد. برخی داروها تدریجاً از طریق مویرگ ها جذب شده وارد گردش خون می شوند و برجستگی ایجاد شده تدریجاً از بین می رود. دیگر داروها در محل باقی مانده، باعث ایجاد عکس العمل بافتی به صورت قرمزی و سفتی<sup>۱</sup> می شوند که لازم است در زمان مشخص (۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد) تفسیر شوند. این واکنش نیز به تدریج از بین می رود.
۳. بسته به محل تزریق، (قسمت داخلی و تحتانی ساعد، قسمت بالای سینه یا زیر کتف در قسمت پشت) بیمار را در وضعیت مناسب قرار دهید (۲۱، ۱۴).
۴. محل دقیق تزریق در سطح داخلی ساعد، چهار انگشت پایین تر از فضای آنته کوبیتال می باشد.



تصویر ۱۴.۲۱ محل های متداول برای تزریق داخل جلدی

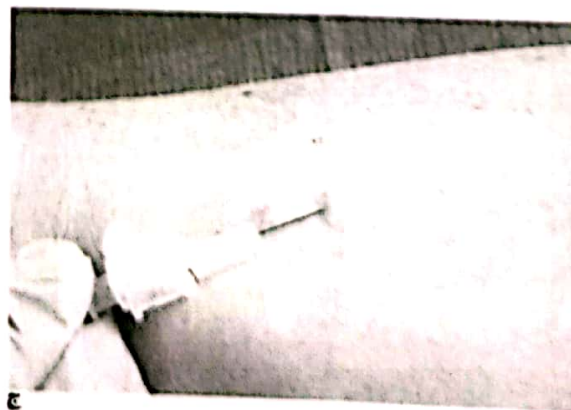


۵. محل انتخابی باید عاری از حساسیت در لمس، التهاب، تورم و ضایعه باشد.
۶. در صورت لزوم دستکش بپوشید.
۷. با استفاده از پنبه آغشته به الکل پوست محل تزریق را از مرکز به طرف خارج به صورت دایره‌ای تمیز کنید و اجازه دهید پوست بیمار خشک شود.
۸. پنبه الکلی را بین انگشت سوم و چهارم دست غیر غالب خود برای استفاده بعدی قرار دهید.
۹. در حالی که منتظر خشک شدن پوست از ماده ضد عفونی کننده هستید، پوشش روی سوزن را بردارید. برای این منظور به طریقی اقدام کنید که سوزن آلوده نشود.
۱۰. هوای داخل سرنگ را خارج کنید.
۱۱. سرنگ را در دست غالب خود بین شست و انگشتان نگهدارید، در حالی که کف دست به طرف بالا باشد.
۱۲. با دست غیر غالب خود پوست اطراف محل تزریق را بکشید تا سطح محکمی برای ورود سوزن به وجود آید.
۱۳. سوزن را بموازات پوست با زاویه حداکثر ۱۵ درجه در حالی که سطح مورب سوزن به طرف بالا قرار دارد از لایه فوقانی پوست<sup>۱</sup> عبور داده وارد جلد<sup>۲</sup> کنید (تصویر الف ۱۴.۲۲). دقت کنید که سطح مورب سوزن بطور کامل داخل پوست قرار گرفته و در زیر سطح پوست قابل مشاهده باشد. از آسیب زدن سرنگ خودداری کنید.
۱۴. دارو را به دقت و به آرامی تزریق کنید. به طوری که یک برجستگی کوچک بر روی پوست ظاهر شود (تصاویر ب و ج ۱۴.۲۲). حجم محلول تزریقی بسیار کم و معمولاً ۰/۱ میلی لیتر می باشد.
۱۵. سوزن را به سرعت در همان زاویه وارد شده خارج کنید. در صورت لزوم محل تزریق را به آرامی با محلول ضد عفونی کننده پاک کنید. هرگز نباید محل تزریق را ماساژ داد، چون موجب ورود دارو به بافت زیرجلدی و یا خروج دارو از طریق محل ورود سوزن می گردد.



الف

۱- اپیدرم  
۲- درم  
بافت زیرجلدی



ب

**تصویر ۱۴.۲۲** برای انجام تزریق داخل جلدی: الف: سوزن با زاویه ۱۵-۵ درجه وارد پوست می شود.  
ب و ج: دارو ایجاد یک برجستگی کوچک در زیر اپی درم می کند.

۱۶. در مواردی که این نوع تزریق جهت تست‌های حساسیتی و نظایر آن انجام می‌شود، لازم است محل تزریق به شعاع یک سانتی‌متر به صورت یک دایره مشخص شود و تاریخ و ساعت انجام تست دقیقاً در کنار محل تزریق یادداشت شود.
۱۷. پس از اتمام تزریق، بدون برگردانیدن سرپوش سوزن روی سوزن، سرنگ استفاده شده را داخل ظرف تزریق قرار دهید.
۱۸. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید. سوزن استفاده شده را در ظرف غیرقابل نفوذی به دور اندازید.
۱۹. در صورت پوشیدن دستکش آن را خارج کنید و دست‌ها را بشویید.
۲۰. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، داروی تست شده، غلظت، روش و محل تزریق با ذکر ساعت و تاریخ ثبت کنید.

### نکات مورد ارزش‌یابی

- ❖ واکنش بیمار به ماده تست شده را ارزیابی کنید. برخی داروهای مورد استفاده در تست ممکن است واکنش‌های حساسیتی ایجاد کنند که در این صورت استفاده از اپی‌نفرین یا... ضرورت خواهد داشت.
- ❖ وضعیت محل تزریق را طی مدت لازم (مثلاً ۲۰ دقیقه یا ۲۴ تا ۴۸ ساعت) بسته به نوع تست ارزیابی کنید. در این مورد، قرمزی و سفتی محل تزریق را در بزرگترین وسعت آن بر حسب میلی‌متر اندازه‌گیری و ثبت کنید.

### نمونه گزارش کتبی

تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/-	۰۹/۰۰	تست پوستی توبرکولین <sup>۱</sup> به مقدار ۰/۱ میلی‌لیتر به طریق داخل جلدی در قسمت داخلی ساعد چپ تزریق شد، هیچ گونه عکس‌العمل نامطلوب موضعی یا عمومی مشاهده نشد.
دو روز بعد	۰۹/۰۰	دانشجوی پرستاری محمد گودرزی ویل <sup>۲</sup> کوچکی به قطر چهار میلی‌متر تشکیل شده است. دانشجوی پرستاری محمد گودرزی

### ملاحظات مربوط به دوره‌های مختلف زندگی (تزریق داخل جلدی)

#### کودکان

- در حین تزریق داخل جلدی، حرکات کودکان کم‌سن‌تر می‌بایستی محدود شود.
- اطمینان حاصل کنید که کودک تزریق را به عنوان یک روش تنبیهی تلقی نکند.
- از کودک بخواهید محل تزریق را دستکاری نکند، بدین منظور می‌توانید در محل یک گاز کوچک قرار دهید.

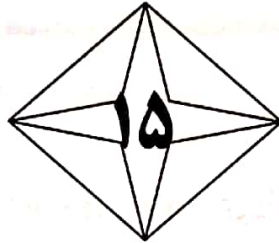
### ملاحظات مربوط به مراقبت در منزل (تزریق داخل جلدی)

- بررسی دانش بیمار در مورد تزریق داخل جلدی و دلیل لزوم پیگیری و مراجعه به مرکز بهداشتی، تنظیم زمان مراجعه به مرکز بهداشتی
- آموزش و توضیح در مورد اینکه چرا نباید محل تزریق شسته یا خارانده شود.

1. Tuberculin Test  
2. Wheal

بخش ۱۵	درمان داخل وریدی
۴۱۶	۱۵.۱ آماده کردن وسایل تزریق مایعات داخل وریدی
۴۲۱	۱۵.۲ شروع تزریق وریدی با استفاده از سوزن پروانه‌ای یا آنژیوکت
۴۲۸	۱۵.۳ بررسی و برقراری جریان مایعات داخل وریدی
۴۳۱	۱۵.۴ تعویض ظرف حاوی محلول وریدی و ست سرم
۴۳۴	۱۵.۵ اضافه کردن دارو به ظرف محتوی محلول‌های وریدی
۴۳۷	۱۵.۶ تزریق دارو به داخل ورید از طریق ست سرم یا آنژیوکت
۴۴۲	۱۵.۷ استفاده از وسیله کنترل کننده حجم (میکروست)
۴۴۵	۱۵.۸ تزریق داروی وریدی با استفاده از میکروست
۴۴۶	۱۵.۹ تبدیل تزریق مداوم محلول وریدی به تزریق متناوب (هپارین لای)
۴۴۸	۱۵.۱۰ قطع جریان محلول وریدی
۴۵۰	۱۵.۱۱ شروع، برقراری و قطع تزریق خون با استفاده از ست Y





## درمان داخل وریدی

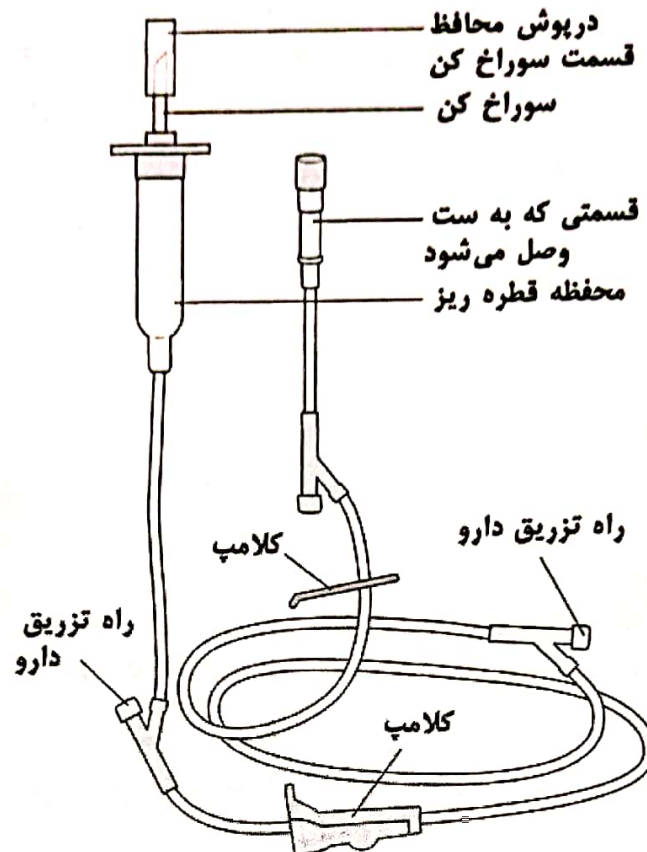
نظر به این که انجام تزریق وریدی نیازمند برخورداری از دانش مربوط به آناتومی بدن و رعایت کامل روش استریل می باشد، این نوع درمان باید توسط پرستار انجام پذیرد. افراد غیر حرفه ای لازم است توسط پرستار در مورد مراقبت های معمول مثل حمام، و تغییر وضعیت بدون ایجاد اختلال در جریان مایعات وریدی مورد آموزش قرار گیرند. به علاوه آنها لازم است در مورد عوارض یا علائم ناخواسته مثل نشت مایع زیر جلدی و گزارش آن به پرستار اطلاع حاصل نمایند.

آماده کردن وسایل تزریق مایعات داخل وریدی <sup>۱</sup>
---

۱۵.۱

### وسایل لازم

- ❖ ست تزریق وریدی مناسب (تصویر ۱۵.۱)
- ❖ محلول استریل وریدی دستور داده شده
- ❖ پایه سرم
- ❖ دارو و برچسب زمان بندی در صورت لزوم
- ❖ برچسب برای ست سرم
- ❖ پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده
- ❖ ریسپور



تصویر ۱۵.۱ یک ست تزریق وریدی

## روش کار

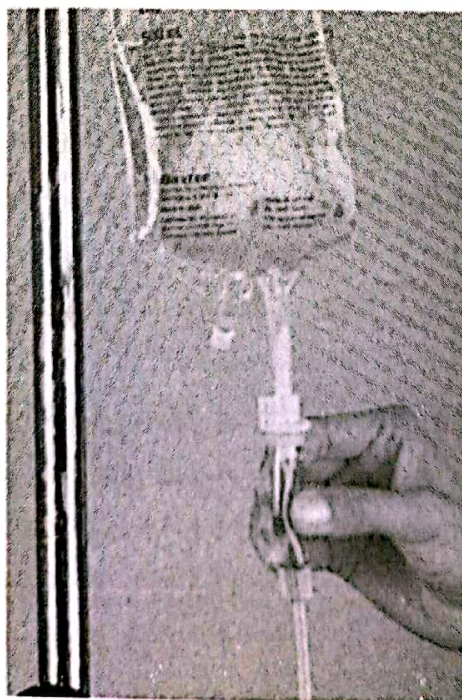
۱. دستور پزشک را در مورد مایع درمانی وریدی کنترل کرده، از صحیح بودن نوع محلول جهت بیمار مطمئن شوید.
۲. وسایل را آماده کرده به اتاق بیمار ببرید.
۳. دست‌های خود را بشویید.
۴. ست تزریق را از داخل پوشش آن خارج کرده، پیچ خوردگی لوله‌ها را صاف کنید.
۵. کلمپ روی ست را در طول لوله بلغزانید، به نحوی که درست زیر محفظه قطره ریز قرار گرفته و قابل دسترسی باشد، سپس آنرا ببندید.
۶. به منظور تأمین استریل بودن دو انتهای ست تزریق، تا شروع تزریق وریدی، پوشش‌های دو انتهای ست را خارج نکنید.
۷. برای متصل کردن ست سرم به ظرف حاوی محلول به طریق زیر عمل کنید:
  - الف) چنانچه از محلول‌هایی که در بطری‌های شیشه‌ای با درب لاستیکی قرار دارند استفاده می‌کنید دیسک فلزی درب بطری را برداشته و قسمت لاستیکی را با پنبه آغشته به محلول ضد عفونی‌کننده پاک کنید. سپس درپوش سر لوله ست را برداشته و نوک آن را با فشار وارد سوراخ درب لاستیکی نمایید. روش استریل را رعایت کنید.
  - ب) در مورد کیسه‌های پلاستیکی، پوشش محافظتی محل ورود ست را برداشته و سر ست را وارد سرم کنید (تصویر ۱۵.۲).



تصویر ۱۵.۲ نحوه وارد کردن ست به ظرف حاوی محلول وریدی

۸. ظرف حاوی محلول را به پایه سرم آویزان کنید ارتفاع ظرف حاوی محلول تا سطح تخت بیمار معمولاً یک متر می‌باشد.

۹. چنانچه از محفظه قطره ریز قابل ارتجاع استفاده کرده‌اید، آن را به آرامی بفشارید تا نیمی از آن پر از محلول شود (تصویر ۱۵.۳). محفظه‌های غیر قابل ارتجاع معمولاً به طور خود به خود پر از محلول می‌شوند، این کار از ورود هوا به داخل ست سرم جلوگیری می‌کند.



تصویر ۱۵.۳ نحوه فشار دادن محفظه قطره ریز



۱۰. برای پر کردن لوله‌ها از محلول، درپوش انتهایی لوله را برداشته و سر آن را داخل ریسور بگیرید، (مراقب استریل بودن سر ست و پوشش آن باشید) کلمپ را باز کرده و اجازه دهید محلول وارد لوله شده و از آن خارج شود، تا هنگامی که تمام حباب‌های هوا از بین برود. با انگشت خود بر روی لوله ضربه وارد کنید، تا حباب‌ها زودتر خارج شوند. حباب‌های هوای کوچک‌تر از ۰/۵ میلی‌لیتر معمولاً مشکلی برای بیمار ایجاد نمی‌کند.

۱۱. کلمپ را دوباره ببندید.

۱۲. درپوش سر لوله را با رعایت نکات استریل مجدداً بر روی آن قرار دهید.

۱۳. در صورت استفاده از پمپ کنترل الکترونیکی از راهنمای کارخانه سازنده جهت وارد کردن ست تزریق و برقراری جریان محلول وریدی استفاده کنید.

۱۴. لوله را به پایه سرم بیاویزید.

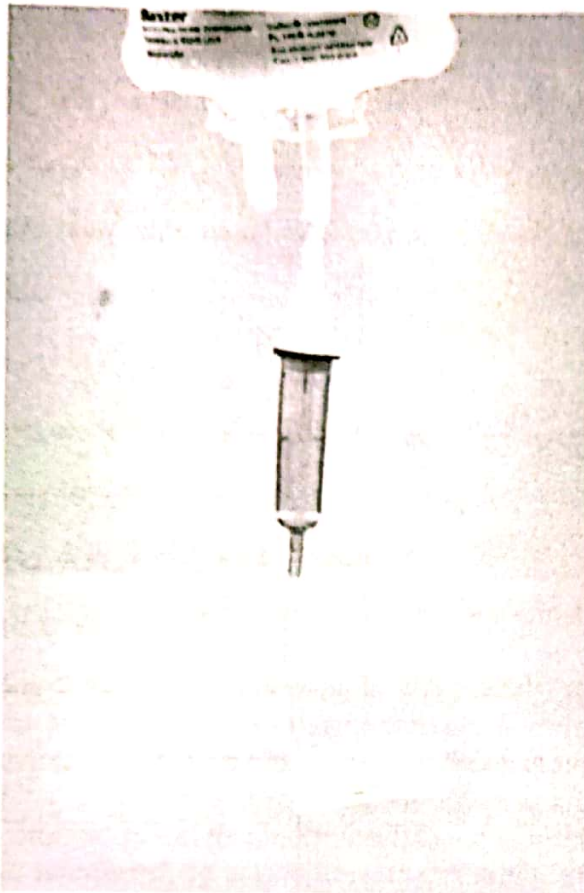
۱۵. در صورت اضافه کردن دارو به ظرف حاوی محلول، برچسبی را که شامل اطلاعات لازم می‌باشد (نام بیمار، شماره اتاق و تخت، تعداد قطرات، تاریخ و زمان شروع، تاریخ و زمان قطع، نام دارو، مقدار دارو، نام پرستار) در قسمت پایین ظرف حاوی محلول بچسبانید تا به سادگی قابل خواندن باشد (تصویر ۱۵.۴).

نام بیمار:
شماره اتاق و تخت:
تاریخ و زمان شروع:
تاریخ و زمان قطع:
نام دارو:
مقدار دارو:
تعداد قطرات:
نام پرستار:

تصویر ۱۵.۴ برچسب اضافه کردن دارو به محلول وریدی

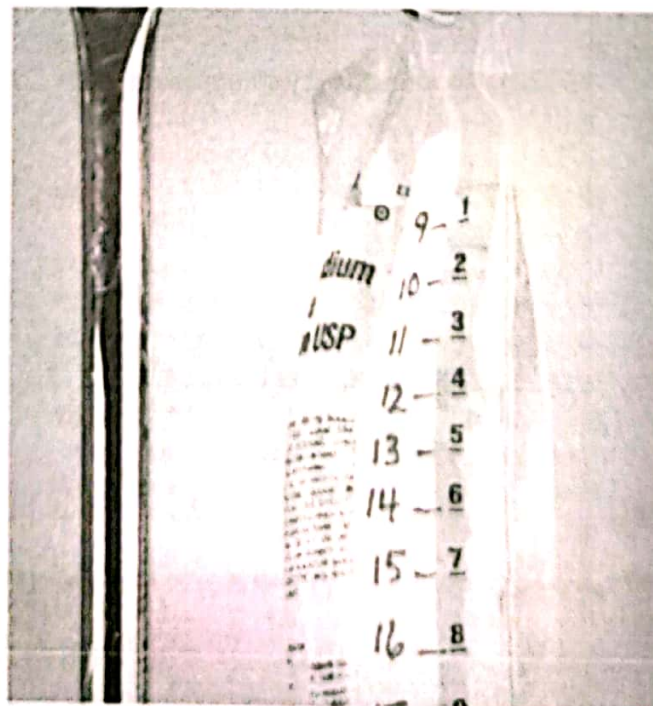
۱۶. روی لوله ست برچسبی را که نشان دهنده تاریخ، زمان وصل کردن سرم و حرف اول نام و نام فامیل شما باشد نصب کنید. برچسب زدن کمک می‌کند که مطمئن شوید لوله‌های سرم هر ۲۴ تا ۹۶ ساعت طبق مقررات بیمارستان تعویض شده است (تصویر ۱۵.۵).

۱۷. از یک برچسب زمان‌بندی شده جهت تعیین حجم محلول دریافتی بر حسب ساعت روی ظرف محتوی محلول استفاده کنید (تصویر ۱۵.۶).



تعوّض سیّت هر ۷۲ ساعت یک بار
تاریخ شروع: ساعت:
تاریخ تعویض: ساعت:
نام پرستار:

تصویر ۱۵.۵ برچسب سیّت سرم همراه با ذکر تاریخ، زمان اتصال و نام پرستار



تصویر ۱۵.۶ نصب برچسب زمانی بر روی کیسه محلول وریدی، اندازه‌گیری جریان مایع را تسهیل می‌کند. در این تصویر ۱۲۵ میلی‌لیتر از محلول باید در هر ساعت با سرعت ۴۰ قطره در دقیقه جریان یابد تا ۱۰۰۰ میلی‌لیتر محلول طی ۸ ساعت به پایان رسد.

۱۵.۲

شروع تزریق وریدی با استفاده از سوزن پروانه‌ای<sup>۱</sup> یا آنژیوکت<sup>۲</sup>

## اهداف

- ❖ تأمین مایعات بیمار در زمانی که وی قادر به دریافت مایعات کافی از راه دهان نباشد.
- ❖ تأمین املاح مورد نیاز بدن جهت برقراری تعادل الکترولیتی
- ❖ رساندن گلوکز کافی به منظور تأمین سوخت لازم برای متابولیسم
- ❖ تأمین ویتامین‌های محلول در آب و داروها
- ❖ برقراری یک رگ باز به منظور تجویز سریع داروهای مورد نیاز

## نکات مورد بررسی

- ❖ علائم حیاتی (تعداد نبض و تنفس و فشار خون) جهت کسب اطلاعات پایه
- ❖ قوام پوستی
- ❖ حساسیت به لاتکس (تورنیکت)، چسب یا بتادین
- ❖ احتمال خونریزی
- ❖ وجود بیماری یا صدمات در انتهایها و وضعیت وریدها جهت انتخاب محل مناسب برای تزریق
- ❖ محل‌های تازه استفاده شده برای تزریق وریدی بیشتر در معرض بروز عوارض و ناراحتی برای بیمار می‌باشند. تعیین کنید آیا بیمار راست دست یا چپ دست می‌باشد، در صورت امکان از دست غالب بیمار برای تزریق استفاده نکنید.

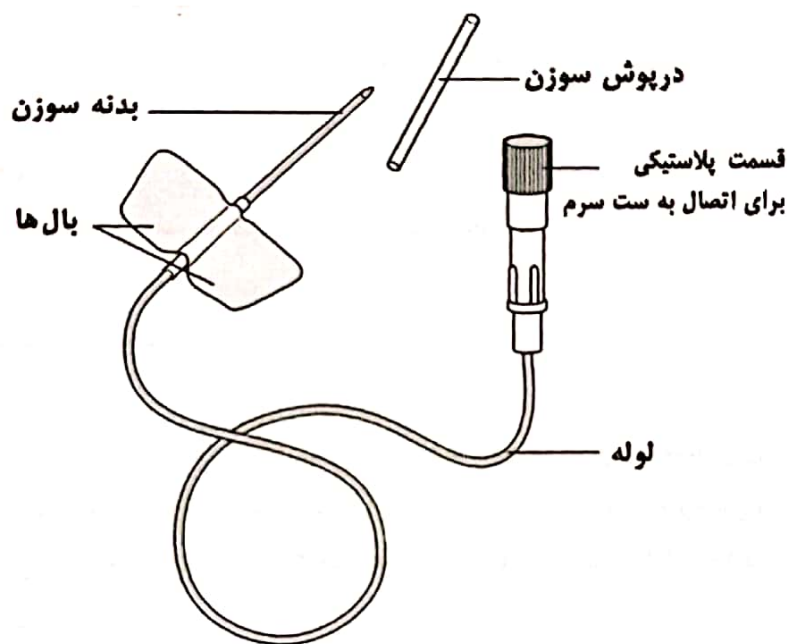
## وسایل لازم

- ❖ ست تزریق وریدی
- ❖ محلول استریل وریدی دستور داده شده
- ❖ پایه سرم
- ❖ نوار چسب معمولی یا ضد حساسیت و قیچی
- ❖ دستکش یکبار مصرف
- ❖ تورنیکت
- ❖ پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده (الکل ۷۰٪ یا یُد ۱۰٪ یا کلرهگزیدین ۰.۲٪)
- ❖ سوزن پروانه‌ای به طول ۲/۵ سانتی‌متر با شماره ۲۱ تا ۲۳ برای اکثر تزریقات و شماره ۱۹ برای خون کامل (تصویر ۱۵.۷)، یا آنژیوکت در اندازه مناسب (شماره ۲۲ برای تزریق محلول‌های شفاف و شماره ۲۰ برای محلول‌های حاوی دارو یا محلول‌های چرب)

۱. Butterfly needle  
 ۲. Angiocatheter  
 ۳. Chlorhexidine



- ❖ پمپ کنترل جریان محلول وریدی در صورت لزوم
- ❖ گاز استریل یا پانسمان شفاف
- ❖ آتل در صورت لزوم
- ❖ حوله
- ❖ ریسپور
- ❖ بی‌حس کننده موضعی در صورت لزوم



تصویر ۱۵.۷ سوزن پروانه‌ای داخل وریدی

## روش کار آماده‌سازی

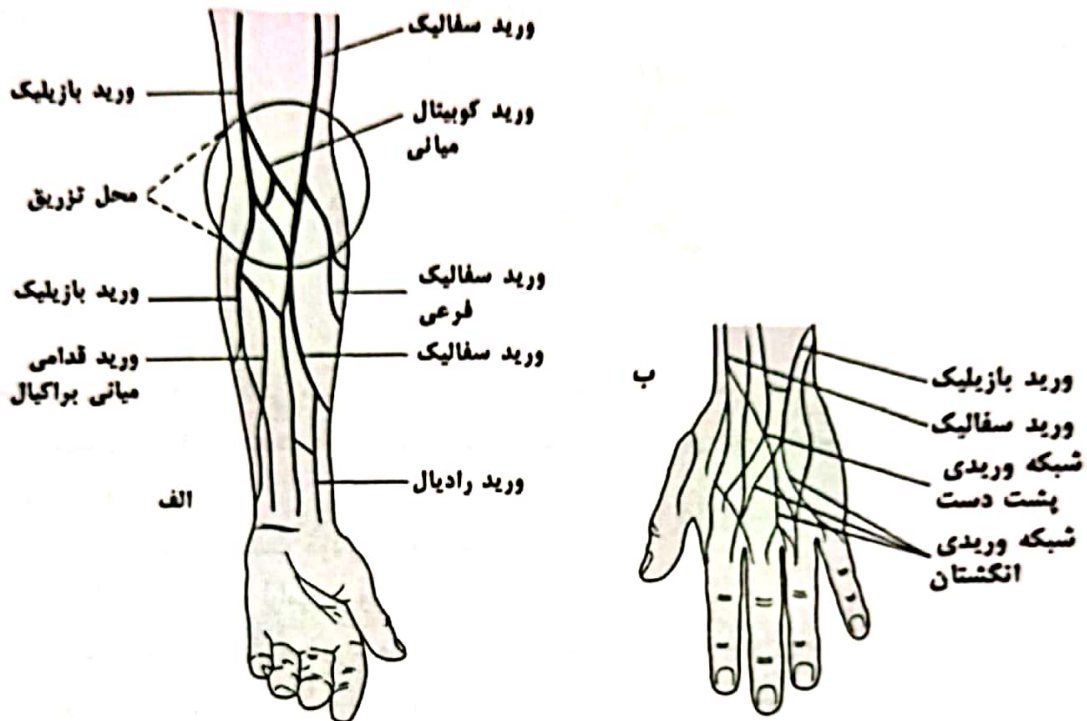
- با توضیح برنامه مورد نظر، بیمار را برای شروع یک تزریق وریدی آماده کنید. ورود سوزن به پوست برای چند ثانیه باعث ناراحتی بیمار شده لیکن در خلال جریان داشتن مایعات وریدی ناراحتی وجود نخواهد داشت. در صورتی که طبق دستور پزشک، طول زمان تزریق وریدی مشخص شده، بیمار را در جریان امر قرار دهید.
- در صورت فوری نبودن درمان وریدی برنامه‌های مراقبتی روزانه را قبل از آغاز تزریق وریدی جهت به حداقل رسیدن حرکت عضو انجام دهید.
- مطمئن شوید بیمار لباسی به تن دارد (با آستین گشاد) که تزریق وریدی مانع از تعویض آن نمی‌شود.

## نحوه اجرا

۱. دست‌ها را بشوید.
۲. وسایل را آماده کرده، به اتاق بیمار ببرید و طبق روش آماده کردن وسایل تزریق مایعات داخل وریدی آن را مهیا کنید.

۳. قطعات چسب را برای ثابت کردن سوزنی که داخل ورید خواهید کرد، آماده کنید.

۴. محل مناسب را برای تزریق انتخاب کنید (تصویر ۸. ۱۵):



تصویر ۸. ۱۵ نواحی متداول برای تزریق وریدی: الف: بازو؛ ب: دست

الف) در صورت امکان تزریق وریدی را در دست غیر غالب بیمار با استفاده از عروقی که مستقیم و بدون پیچ‌خوردگی هستند انجام دهید.

ب) محل ورود سوزن را دور از محل خمیدگی مفاصل انتخاب کنید.

ج) هر وریدی را که انتخاب کرده‌اید، از قسمتی از آن که دور از مرکز بدن قرار دارد استفاده کنید تا در صورت ایجاد اسکروز، نواحی از ورید که نزدیک مرکز بدن هستند، قابل استفاده باقی بمانند.

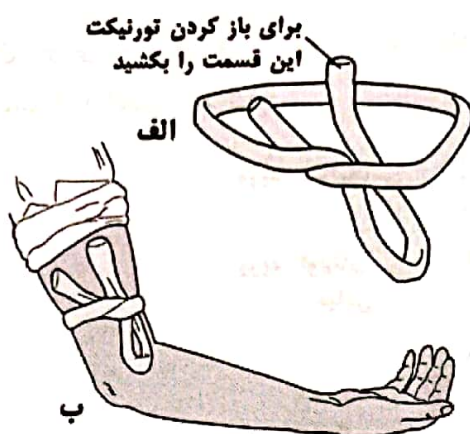
د) در صورت لزوم موه‌های قسمتی را که چسب روی آن قرار خواهد گرفت زائل کنید.

۵. حوله را زیر محل تزریق پهن کنید.

۶. برای متسع کردن ورید به روش زیر اقدام کنید:

الف) دستی را که می‌خواهید در آن تزریق وریدی انجام دهید، پایین‌تر از سطح قلب قرار دهید.

ب) تورنیکت را ۱۵ تا ۲۰ سانتی‌متر بالاتر از محل ورود سوزن محکم ببندید. تورنیکت باید به قدری محکم بسته شود که جریان خون وریدی را متوقف سازد ولی جریان خون شریانی دچار وقفه نشود (تصویر ۹. ۱۵). در صورتی که بیمار دچار افزایش فشار خون می‌باشد تورنیکت را بالاتر و در صورتی که دچار کاهش فشار خون می‌باشد تورنیکت را نزدیک‌تر به محل تزریق ببندید.



تصویر ۱۵.۹ نحوه بستن تورنیکت

ج) چنانچه رگ به قدر کافی متسع نشده بود می‌توان به طریق زیر عمل کرد:

۱. قسمتی از رگ را که در ناحیه پایین محل تزریق قرار دارد، در جهت جریان وریدی به طرف قلب ماساژ دهید.

۲. از بیمار بخواهید مشت خود را باز و بسته کند.

۳. با انگشتان خود، به آرامی بر ورید ضربه بزنید.

۷. چنانچه با اجرای مرحله ۶ باز هم ورید متسع نشد، تورنیکت را باز کرده و برای مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه از گرمای موضعی مرطوب در محل استفاده کنید تا عروق محیطی متسع شده و پر خون شوند. سپس مرحله ۶ را تکرار کنید.

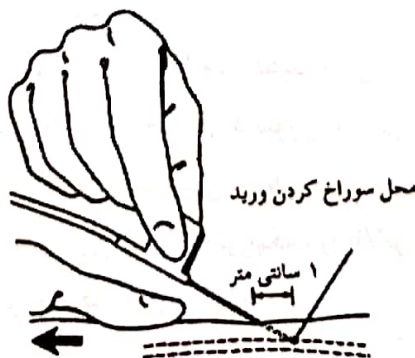
۸. دستکش‌ها را بپوشید.

۹. پوست محل تزریق را با پنبه آغشته به ماده ضد عفونی کننده (نظیر الکل ۷۰٪ یا کلرهگزیدین ۲٪) برای حداقل ۳۰ ثانیه با جلو و عقب رفتن روی محل و اطراف ناحیه تزریق تمیز کنید. اجازه دهید پوست محل تزریق کاملاً خشک شود. در صورت استفاده از محلول یددار برای یک دقیقه فرصت دهید تا اثر ضد میکروبی آن اعمال شود.

۱۰. با آن دست خود که سوزن را با آن نگرفته‌اید، عضو را محکم نگهداشته و با انگشت شست، پوست روی ورید را در زیر ناحیه تزریق به طرف پایین بکشید، تا ورید به طور ثابت در جای خود قرار گرفته و ورود سوزن تسهیل گردد و بیمار درد کمتری احساس کند.

۱۱. در صورتی که از سوزن پروانه‌ای استفاده می‌کنید به روش زیر عمل کنید:

الف) در حالی که قسمت مورب سوزن رو به بالا قرار دارد، آن را با زاویه ۳۰ درجه با پوست در دست گرفته، پوست مجاور ورید را، تقریباً یک سانتی‌متر در زیر محل در نظر گرفته شده برای وارد شدن به ورید سوراخ کنید (تصویر ۱۵.۱۰).



تصویر ۱۵.۱۰ نحوه وارد کردن سوزن پروانه‌ای



ب) به محض وارد شدن سوزن به داخل پوست آن را پایین بیاورید به نحوی که تقریباً به موازات پوست قرار بگیرد، سپس سوزن را از کنار وارد ورید کنید.

ج) هنگامی که خون به داخل لوله متصل به سوزن جریان یافت، سوزن را به اندازه ۲ تا ۲/۵ سانتی‌متر و یا تا انتها وارد ورید کنید.

د) تورنیکت را باز کنید. سِت سرم را به انتهای سند وصل کرده و جریان سرم را با سرعت زیاد به منظور جلوگیری از لخته شدن خون در سوزن برقرار سازید.

۱۲. در صورتی که از آنژیوکت استفاده می‌کنید به روش زیر عمل کنید:

الف) در حالی که قسمت مورب آنژیوکت رو به بالا قرار دارد، آن را با زاویه ۱۵ تا ۳۰ درجه در دست گرفته سر آن را در یک مرحله وارد پوست و ورید کنید.

ب) به محض آشکار شدن خون در آنژیوکت یا احساس کاهش مقاومت، آنژیوکت را پایین بیاورید تا به موازات پوست قرار گیرد، سپس آن را به اندازه ۰/۵ تا ۱ سانتی‌متر به طرف جلو برانید.

ج) تورنیکت را باز کنید.

د) پوشش محافظ انتهای سِت سرم را از روی آن برداشته و برای وصل کردن به آنژیوکت آماده کنید. مراقب استریل بودن انتهای سِت باشید.

ه) برجستگی انتهای لوله آنژیوکت را با شست و انگشت سبابه نگهداشته و سوزن را با دست بیرون بکشید.

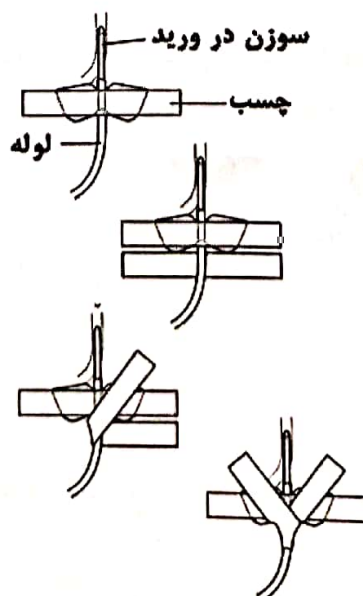
و) لوله آنژیوکت را تا برجستگی انتهای آن وارد ورید کنید. در صورت مواجهه با مقاومت تا انتها وارد نکنید.

ز) انتهای سِت سرم را که آماده کرده بودید به انتهای لوله آنژیوکت وصل کرده، جریان محلول را برقرار کنید.

۱۳. دستکش‌ها را خارج کنید.

۱۴. سوزن پروانه‌ای یا آنژیوکت را به روش زیر در محل ثابت کنید:

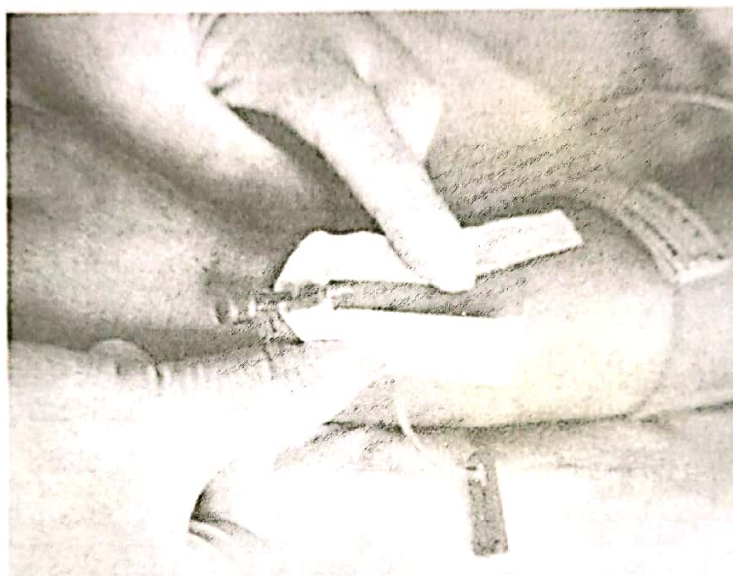
الف) سوزن پروانه‌ای را طبق دستور کارخانه سازنده ثابت کنید. در صورت عدم وجود دستور خاص با استفاده از چسب به روش ضربدری (تصویر ۱۱.۱۵) در محل ثابت کنید. در صورت لزوم برای حفظ وضعیت سوزن در ورید، قطعه‌ای گاز ۲×۲ را زیر انتهای سوزن قرار دهید.



تصویر ۱۱.۱۵ نحوه ثابت کردن سوزن پروانه‌ای به روش ضربدری

ب) لوله آنژیوکت را طبق دستور کارخانه سازنده در محل ثابت کنید. در صورت عدم وجود دستور خاص به شکل U به روش زیر اقدام کنید:

۱. قطعه اول چسب را در حالی که سطح چسبنده آن به طرف بالا قرار دارد، زیر برجستگی انتهای لوله آنژیوکت قرار داده، دو طرف چسبناک آن را به سمت پایین بر روی پوست در امتداد ورود سوزن ثابت کنید (تصویر ۱۲، ۱۵).

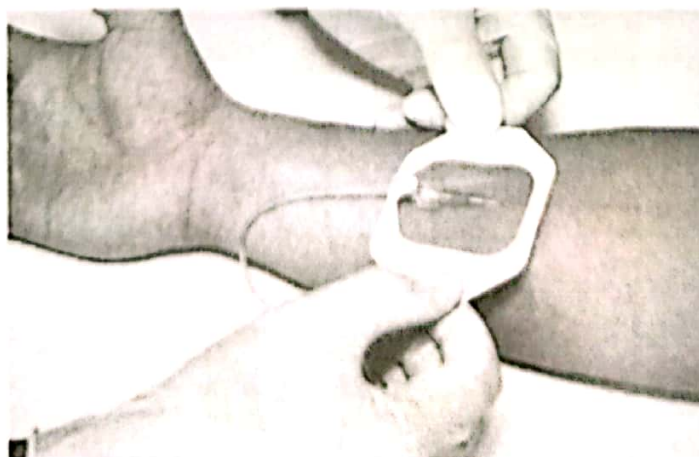


تصویر ۱۲، ۱۵ نحوه ثابت کردن آنژیوکت به روش U

۲. دومین قطعه چسب را در حالی که سطح چسبنده آن به طرف پایین قرار گرفته در عرض برجستگی انتهای لوله آنژیوکت ثابت کنید.

۳. سومین قطعه چسب را در حالی که سطح چسبنده آن به طرف پایین قرار گرفته در عرض برجستگی انتهای ست تزریق ثابت کنید.

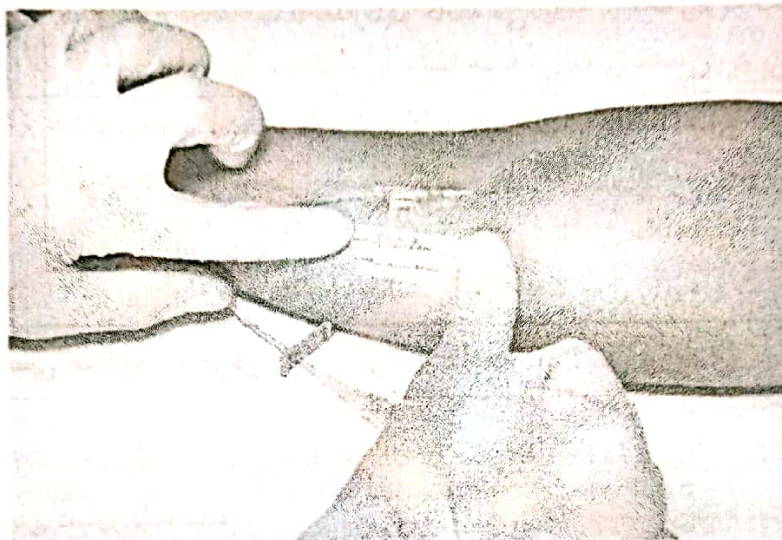
۱۵. طبق مقررات مؤسسه، محل سوراخ شدن پوست با سوزن یا سُنْد را با قطعه‌ای گاز یا پانسمان شفاف بپوشانید. (تصویر ۱۳، ۱۵).



تصویر ۱۳، ۱۵ پوشاندن محل تزریق وریدی با پانسمان شفاف

۱۶. آن قسمت از ست سرم را که به سوزن وصل است با چسب به صورت حلقه‌ای بر روی پانسمان متصل کنید، تا سوزن در اثر حرکت بیمار به خارج کشیده نشود.

۱۷. روی قطعه‌ای چسب، موارد زیر را نوشته و روی پانسمان بچسبانید. تاریخ و ساعت وارد کردن سوزن یا سند آنژیوکت، نوع و اندازه سوزن یا سند، و حرف اول نام و نام خانوادگی پرستار (تصویر ۱۴، ۱۵).



تصویر ۱۴، ۱۵ اطلاعات ثبت شده بر روی پانسمان تزریق وریدی

۱۸. در صورت لزوم از یک آتل که به دور آن پد و باند پیچیده‌اید، برای ثابت کردن آرنج یا مچ دست استفاده کنید.

۱۹. تعداد قطرات سرم را طبق دستور پزشک محاسبه و تنظیم کنید.

۲۰. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید.

۲۱. دست‌ها را بشویید.

۲۲. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی و مداخلات انجام شده شامل تاریخ و زمان وارد کردن سوزن یا آنژیوکت به ورید، مقدار و نوع محلول شامل هر نوع داروی اضافه شده، مدت زمان جریان سرم، شماره ظرف حاوی سرم، سرعت قطرات، نوع و شماره سوزن یا آنژیوکت، محل تزریق و واکنش عمومی بیمار، در پرونده یادداشت کنید.

### نکات مورد ارزش‌یابی

- ❖ بررسی منظم بیمار از نظر بروز اثرات ناخواسته مربوط به تزریق مایعات وریدی
- ❖ اجرای برنامه مراقبت‌های پی‌گیری براساس یافته‌ها یا نتایج نامطلوب. تعیین ارتباط بین یافته‌های اخیر با اطلاعات قبلی قابل دسترس
- ❖ حداقل هر ۴ ساعت یک بار پوست محل تزریق وریدی را از نظر گرما و عدم احساس درد، قرمزی یا تورم، وضعیت پانسمان، توانائی بیمار برای انجام فعالیت‌های مراقبت از خود، و درک بیمار از محدودیت‌های حرکتی بررسی کنید.
- ❖ موارد مهم انحراف از طبیعی را به سرپرستار گزارش کنید.



## نمونه گزارش کتبی

تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/-	۹/۰۰	۱۰۰۰ میلی‌لیتر محلول سرم قندی ۵٪ با استفاده از سوزن شماره ۲۱ در ورید بازلیک راست تزریق شد. سرعت جریان محلول به میزان ۱۲۵ میلی‌لیتر در ساعت تنظیم شده، سرم در ساعت ۵ بعدازظهر خاتمه می‌یابد.
۹۳/-/-	۱۲/۰۰	پرستار نسترن رحیمی سرم با سرعت دستور داده شده ادامه دارد، علائم نشست مایع در زیر جلد مشاهده نمی‌شود. بیمار ناراحتی خاصی ندارد.
		پرستار دری احمدی

۱۵.۳	بررسی مداوم <sup>۱</sup> و برقراری <sup>۲</sup> جریان مایعات داخل وریدی
------	---

## اهداف

- ❖ حفظ سرعت جریان دستور داده شده
- ❖ جلوگیری از عوارض ناشی از درمان وریدی

## نکات مورد بررسی

- ❖ ظاهر محل تزریق
- ❖ برقرار بودن جریان محلول، نوع محلول تزریقی و سرعت جریان آن
- ❖ واکنش بیمار

## روش کار

## آماده‌سازی

- اطلاعات مورد نیاز را جمع‌آوری کنید:

الف) اطلاعات مورد نیاز، شامل نوع و ترتیب جریان محلول‌های وریدی را با استفاده از کاردکس کسب کنید.  
ب) سرعت جریان سرم و برنامه تزریق وریدی را مشخص کنید.

## نحوه اجرا

۱. از صحت محلول مورد استفاده مطمئن شوید:

الف) در صورتی که از محلول وریدی مضر برای بیمار استفاده شده است، جریان محلول را قطع و لوله‌های ست سرم را نیز تعویض کنید، زیرا تقریباً ۱۲ تا ۱۵ میلی‌لیتر محلول مضر در لوله وجود دارد.

1. Monitoring
2. Maintaining

ب) در صورت استفاده از محلول نادرست، سرعت جریان محلول را به منظور بازنگهداشتن رگ، به حداقل برسانید.  
 ج) در صورت استفاده از محلول نادرست، مراتب را به پرستار مسئول بخش گزارش داده و آن را با محلول صحیح دستور داده شده عوض کنید. طبق مقررات مؤسسه اشتباه اتفاق افتاده را به فرد مسئول گزارش کنید.  
 ۲. طبق برنامه تنظیمی، سرعت جریان سرم را هر ساعت کنترل کنید.

الف) چنانچه سرعت جریان محلول خیلی زیاد است، آن را به صورتی تنظیم کنید که در ساعت مقرر به اتمام برسد.  
 ب) چنانچه سرعت جریان محلول خیلی آهسته است، آن را به صورتی تنظیم کنید که در ساعت مقرر محلول به اتمام برسد. در صورتیکه تعداد قطرات لازم است خیلی زیادتر از حد مجاز تنظیم گردد با پزشک مشورت کنید.  
 ج) چنانچه سرعت جریان محلول، ۱۵۰ میلی‌لیتر در ساعت یا بیشتر است، چگونگی جریان سرم را به دفعات بیشتر، هر ۱۵ تا ۳۰ دقیقه یک بار کنترل کنید.

۳. باز بودن لوله‌های ست و سوزن را مورد توجه قرار دهید:  
 الف) ست سرم را از نظر پیچ‌خوردگی، تاشدگی یا هرگونه انسداد مشاهده کرده و لوله را طوری قرار دهید که تحت هیچگونه فشاری نباشد.  
 ب) وضعیت ست سرم را مورد مشاهده قرار دهید، چنانچه به پایین‌تر از سطح محل تزریق آویزان شده است، آن را به سطح تخت منتقل کنید.

ج) محفظه قطره‌ریز را از نظر مقدار محلول درون آن کنترل کنید. چنانچه مقدار محلول کمتر از  $\frac{1}{4}$  حجم محفظه باشد، با فشار دادن محفظه، اجازه دهید محلول بیشتری تا حجم مطلوب به آن وارد شود.  
 د) در صورتی که بین ظرف حاوی محلول و محفظه قطره‌ریز، کلامپ تنظیم وجود دارد، آن را باز کرده و افزایش سرعت جریان محلول از ظرف حاوی محلول به محفظه قطره‌ریز را مشاهده کنید. این امر نشان دهنده باز بودن جریان وریدی است. سپس با بستن نسبی کلامپ روی ست، سرعت جریان محلول را در حد دستور داده شده تنظیم کنید.

ه) دقت کنید که ظرف حاوی محلول وریدی، حداقل یک متر بالاتر از سطح تزریق آویزان باشد کاهش ارتفاع، موجب کم شدن سرعت جریان سرم خواهد شد. در صورت لزوم آن را تنظیم کنید.

و) به منظور اطلاع از وجود سوزن در ورید و باز بودن آن، ظرف حاوی محلول تزریقی را از سطح محل تزریق پایین‌تر بیاورید، در صورت مشاهده بازگشت خون به داخل ست سرم، از وجود سوزن در ورید مطمئن خواهید شد.

ز) در صورت وجود نشت، منشأ آن را تعیین کنید. در صورتی که نشت از محل اتصال آنژیوکت به لوله سرم است، آن را محکم کنید. چنانچه نشت محلول متوقف نشد، جریان محلول را بدون قطع آن به حداقل ممکن کاهش دهید، سپس ست سرم را با یک ست استریل جدید تعویض نمایید. حجم محلول به هدر رفته را برآورد نموده و ثبت کنید.

۴. محل تزریق را از نظر علائم نشت زیر جلدی<sup>۱</sup> مورد مشاهده قرار دهید:

الف) نشت مایع به زیر جلد، معمولاً در محل تزریق ایجاد تورم می‌کند. علائم بالینی نشت مایع به زیر جلد شامل تورم، سردی، درد، رنگ پریدگی در محل و هرگونه ناراحتی دیگر می‌باشد که باید مورد مشاهده قرار گیرد.

ب) به منظور حصول اطمینان از نشت مایع به زیر جلد:

۱. بافت‌های اطراف محل تزریق را از نظر وجود تورم لمس کنید.

۲. پوست اطراف محل تزریق را از نظر تغییر درجه حرارت مورد توجه قرار دهید.

ج) در صورت وجود نشت زیر جلدی، جریان محلول وریدی را قطع کنید. سوزن را خارج کنید و در محل دیگری تزریق وریدی را انجام دهید.

د) در صورتی که محلول نشت کرده غلیظ می‌باشد (هیپراسمولار) از کمپرس سرد در محل نشت استفاده کنید. ه) در صورت نشت داروهای غیر تاول‌زا از گرمای موضعی در محل استفاده کنید. اگر این محلول‌ها ایزوتونیک یا هیپوتونیک هستند انتخاب استفاده از گرما یا سرمای موضعی بسته به احساس راحتی بیمار می‌باشد.

و) در صورتی که یک داروی تاول‌زا به زیر پوست نشت کرده باشد، علاوه بر اقدام یاد شده قبلی لازم است درمانی خاص صورت پذیرد، زیرا نشت این گونه داروها می‌تواند باعث صدمه شدید بافتی یا حتی تخریب بافت شود. اقدامات فوری برای مقابله با این عارضه عبارتند از:

۱. قطع فوری جریان محلول وریدی، جدا کردن لوله ست و وصل کردن یک سرنگ ۳ تا ۵ میلی‌لیتری به سر آنژیوکت و تلاش برای آسپیره کردن داروی باقی مانده در داخل لوله وارد شده به رگ

۲. انجام فتوگرافی از محل طبق مقررات مؤسسه

۳. در صورت وجود آنژیوکت در رگ‌های محیطی، پانسمان آن را بردارید، و آنژیوکت را خارج کنید. از یک گاز خشک برای کنترل خون‌ریزی استفاده کنید. از وارد آوردن فشار شدید بر ناحیه خودداری کنید.

۴. در صورت وجود آنژیوکت در وریدهای مرکزی، آن را خارج نکنید. سر آنژیوکت را کلامپ کنید، از مقررات مؤسسه برای شستشوی آنژیوکت پیروی کنید.

۵. حرکت، حس و میزان پرشدن مویرگی را در پائین محل آسیب دیده بررسی کنید. قطر اندامی را که محلول وریدی در آن نشت کرده است اندازه‌گیری کرده و با اندام مقابل مقایسه کنید.

۶. به سرپرستار گزارش کنید. دست آسیب دیده باید بالاتر گذاشته شده و بر حسب نوع دارو از سرما یا گرمای موضعی استفاده شود.

۵. چنانچه بدون وجود علائم نشت سرم به زیر جلد، جریان محلول تزریقی برقرار نیست، از وجود سوزن در ورید مطمئن شوید:

الف) به آرامی ست سرم را در ناحیه نزدیک به سوزن فشار دهید، در صورتی که سوزن در رگ باشد. خون به داخل ست پس زده می‌شود.

ب) با استفاده از سرنگ محتوی سرم فیزیولوژی، مقداری از محلول را از قسمت لاستیکی ست سرم، نزدیک محل تزریق آسپیره کنید. در صورت عدم بازگشت خون به داخل ست، جریان وریدی را قطع نمایید.

۶ محل تزریق را از نظر وجود التهاب وریدی مورد مشاهده قرار دهید:

الف) محل تزریق را هر ۸ ساعت یک بار مورد مشاهده قرار داده و لمس کنید. علائم بالینی التهاب وریدی شامل قرمزی، گرمی، تورم در محل تزریق و درد سوزشی در طول مسیر تزریق در ورید می‌باشد.



- ب) در صورت مشخص شدن وجود التهاب وریدی، جریان محلول را قطع نموده، کمپرس گرم یا سرد در محل تزریق قرار دهید. از این ورید برای تزریق بعدی استفاده نکنید.
۷. محل تزریق وریدی را از نظر خونریزی مورد مشاهده قرار دهید:
- الف) ترشح یا خونریزی به داخل بافت اطراف محل تزریق می‌تواند هم‌زمان با برقراری جریان عادی سرم وجود داشته باشد، لیکن در بیشتر مواقع، پس از خروج سوزن از رگ اتفاق می‌افتد.
- ب) مشاهده محل تزریق وریدی در بیمارانی که به سرعت دچار خونریزی می‌شوند (بیمارانی که داروهای ضد انعقاد دریافت می‌کنند) از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.
۸. راه‌های حفظ و برقراری جریان وریدی را به بیمار آموزش دهید و از او بخواهید:
- الف) از چرخش و حرکت ناگهانی عضو مورد تزریق اجتناب کند.
- ب) از کشیدن و یا ایجاد فشار بر روی لوله ست خودداری کند.
- ج) از آویزان شدن لوله ست، پایین‌تر از سطح سوزن پیشگیری کند.
- د) در موارد زیر فوراً پرستار را مطلع نماید:
۱. تغییر ناگهانی در سرعت جریان سرم یا قطع جریان قطرات
  ۲. در حال اتمام بودن محتوای ظرف حاوی سرم
  ۳. وجود خون در ست سرم
  ۴. ناراحتی یا تورم در محل تزریق

### نکات مورد ارزش‌یابی

- ❖ اجرای برنامه مراقبت‌های پی‌گیری بر اساس یافته‌ها یا موارد طبیعی و یا انحراف از طبیعی، به میزان دفع ادرار در مقایسه با مایعات دریافتی، قوام پوست، وزن مخصوص ادرار، علائم حیاتی، و صداهای ریه در مقایسه با اطلاعات پایه توجه کنید.
- ❖ بطور منظم بیمار را از نظر بروز اثرات ناخواسته جریان محلول وریدی بررسی کنید. موارد مهم انحراف از طبیعی را به سرپرستار گزارش کنید.

۱۵.۴	تعویض ظرف حاوی محلول وریدی، ست سرم <sup>۱</sup>
------	---

### اهداف

- ❖ برقراری جریان مایعات وریدی مورد نیاز
- ❖ استریل نگهداشتن سیستم جریان مایعات وریدی و کاهش وقوع التهاب ورید و عفونت
- ❖ بازنگهداشتن لوله‌های مربوط به محلول‌های وریدی
- ❖ جلوگیری از بروز عفونت در محل تزریق وریدی و ورود میکروارگانیسم‌ها به جریان خون

## نکات مورد بررسی

- ❖ وجود نشت مایع، خونریزی یا التهاب ورید در محل تزریق وریدی
- ❖ حساسیت نسبت به نوار چسب یا ید
- ❖ سرعت ورود مایع و مقدار جذب شده
- ❖ انسداد در سیستم جریان محلول وریدی
- ❖ وضعیت ظاهری پانسمان از نظر تمامیت، رطوبت و نیاز به تعویض
- ❖ تاریخ و زمان تعویض قبلی پانسمان

## وسایل لازم

- ❖ ظرف حاوی محلول وریدی استریل از نوع و مقدار صحیح
- ❖ ست تزریق وریدی شامل لوله استریل و محفظه قطره‌ریز
- ❖ برچسب زمان‌بندی شده
- ❖ دستکش
- ❖ گلوله‌های پنبه استریل
- ❖ ریسپور
- ❖ محلول ضد عفونی‌کننده و یا پماد برای تمیز کردن ناحیه بر حسب مقررات مؤسسه
- ❖ نوار چسب
- ❖ گاز استریل یا پانسمان شفاف
- ❖ حوله

## روش کار

### آماده سازی

- از صحیح بودن محلول تزریق وریدی اطمینان حاصل کنید:
- الف) دستور پزشک را کنترل کنید.
- ب) برچسب روی ظرف حاوی محلول وریدی را به دقت کنترل کنید.

### نحوه اجرا

۱. دست‌ها را بشویید.
۲. وسایل لازم را فراهم کنید:
- الف) وسایل را طبق روش آموخته شده آماده کنید.
- ب) برچسب زمان‌بندی را به ظرف حاوی محلول وریدی الصاق کنید.
- ج) ست سرم را آماده کنید.
- د) به ست سرم برچسب بزنید.

۳. پانسمان روی محل تزریق را برداشته و محل ورود سوزن یا آنژیوکت را بررسی کنید.
  - الف) حوله را زیر محل تزریق وریدی پهن کنید.
  - ب) چسب‌های روی محل تزریق وریدی را شل کنید.
  - ج) برای جلوگیری از تماس با خون بیمار دستکش‌ها را بپوشید.
  - د) چسب و پانسمان روی محل ورود سوزن یا آنژیوکت را برداشته، دقت کنید که سوزن یا آنژیوکت جا به جا نشود.
  - ه) محل ورود سوزن را از نظر نشت زیر جلدی یا التهاب موضعی مشاهده کنید.
۴. ست قبلی را باز کنید:
  - الف) یک گلوله پنبه استریل را در محل اتصال ست به آنژیوکت قرار دهید.
  - ب) ست سرم را ببندید.
  - ج) انتهای آنژیوکت را با دست غیر غالب خود محکم گرفته، با دست غالب خود با حرکت چرخشی ست قبلی را از آنژیوکت جدا کنید.
  - د) انتهای ست سرم قبلی را داخل رسیور قرار دهید.
۵. ست جدید سرم را وصل کرده و جریان محلول را برقرار کنید:
  - الف) ست سرم را با دست غالب خود گرفته، با دست غیر غالب پوشش محافظ آن را بردارید.
  - ب) در حالی که با دست غیر غالب خود انتهای آنژیوکت را محکم نگهداشته‌اید با دست غالب خود ست سرم را به آن وصل کنید. با چرخاندن ست سرم در داخل محفظه آنژیوکت آن را محکم کنید.
  - ج) کلمپ ست جدید را باز کنید تا جریان محلول برقرار گردد.
۶. ناحیه ورود سوزن را تمیز کرده و آن را با یک پانسمان استریل برچسب‌دار بپوشانید:
  - الف) محل ورود سوزن را از مرکز به خارج به وسعت ۵ سانتی‌متر تمیز کنید. بدین منظور از پنبه آغشته به ماده ضد عفونی‌کننده (کلرهگزیدین) استفاده می‌شود.
  - ب) دستکش‌ها را خارج کنید.
  - ج) طبق روش آموخته شده آنژیوکت را در محل با چسب ثابت کنید.
  - د) پانسمان استریلی بر روی محل تزریق وریدی قرار دهید.
  - ه) برچسب حاوی اطلاعات زیر را بر روی پانسمان قرار دهید:
    ۱. تاریخ و زمان انجام پانسمان
    ۲. تاریخ و زمان انجام تزریق وریدی
    ۳. اندازه آنژیوکت یا سوزن
    ۴. مشخصات پرستار تعویض‌کننده پانسمان
    ۷. سرعت ورود محلول وریدی را بر اساس دستور پزشک تنظیم کنید.
    ۸. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آنها به عمل آورید.
    ۹. دست‌ها را بشوید.
    ۱۰. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، مداخله انجام شده (تعوض ظرف حاوی محلول وریدی یا تعویض ست سرم) و میزان مایع دریافتی در پرونده بیمار ثبت کنید.



**نکات مورد ارزش‌یابی**

موارد ذیل را ارزیابی کنید:

- ❖ وضعیت محل تزریق وریدی
- ❖ باز بودن سیستم تزریق وریدی
- ❖ برقراری جریان صحیح محلول وریدی

**نمونه گزارش کتبی**

تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/-	۱۱/۰۰	۱۰۰۰ میلی‌لیتر محلول قندی ۵٪ وصل شد. ست سرم تعویض و برچسب زده شد. جریان ورود مایع به میزان ۱۲۵ میلی‌لیتر در ساعت تنظیم شد. مراقبت از محل تزریق سرم به عمل آمد. محل بدون علائم التهاب یا نشت زیرجلدی بود. پرستار حمید کرمانی

۱۵.۵	اضافه کردن دارو به ظرف محتوی محلول‌های وریدی
------	--

**اهداف**

- ❖ فراهم کردن و برقراری سطح ثابت دارویی در خون
- ❖ تجویز داروهای رقیق شده به طور مداوم با سرعتی آهسته

**نکات مورد بررسی**

- ❖ نشانه‌های نشت، عفونت، یا جابه‌جایی سوزن در محل تزریق
- ❖ مشاهده پوست اطراف محل تزریق از نظر قرمزی، رنگ پریدگی و تورم
- ❖ لمس بافت‌های محیطی اطراف محل تزریق از نظر سردی و تورم
- ❖ علائم حیاتی
- ❖ حساسیت نسبت به داروها
- ❖ ناسازگاری دارویی و ناسازگاری نسبت به مایعات وریدی

**وسایل لازم**

- ❖ کارت دارویی
- ❖ داروی دستور داده شده استریل
- ❖ گلوله‌های پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده
- ❖ سرنگ استریل در اندازه مناسب (۵ تا ۱۰ میلی‌لیتری)
- ❖ سوزن استریل به شماره ۲۰ یا ۲۱
- ❖ برچسب دارویی

❖ حلال مناسب

❖ ظرف حاوی محلول وریدی دستور داده شده

**روش کار****آماده سازی**

■ دستور پزشک را کنترل کنید

الف) دستور پزشک را به دقت از نظر نوع دارو، مقدار دارو، و روش تجویز آن کنترل کنید. نوع محلول وریدی قابل تزریق با دارو نیز باید مشخص شود (مثلاً تزریق محلول قندی ۵٪ یا سرم فیزیولوژی).

ب) در صورت لزوم از مسئول داروخانه سازگار بودن نوع دارو با محلول وریدی را سؤال کنید.

**نحوه اجرا**

۱. دست‌های خود را بشوید.
۲. داروی مورد مصرف را (ویال یا آمپول) طبق روش آموخته شده آماده کنید.
۳. از استریل بودن ظرف حاوی محلول وریدی اطمینان حاصل کرده، محل ورود ست سرم را ضدعفونی کنید:  
 الف) از سالم بودن ظرف محتوی محلول وریدی مطمئن شوید. محلول وریدی نباید تغییر رنگ داده یا دارای ذرات قابل رؤیت باشد. به تاریخ انقضای محلول وریدی توجه کنید.  
 ب) محل ورود دارو به ظرف حاوی محلول وریدی (شیشه‌ای یا پلاستیکی) را طبق دستور کارخانه سازنده مشخص کنید.  
 ج) محل ورود دارو را بر روی ظرف حاوی محلول وریدی با پنبه آغشته به ماده ضدعفونی کننده تمیز کنید.
۴. دارو را به داخل ظرف حاوی محلول وریدی تزریق کنید:  
 الف) پوشش روی سوزن سرنگ را برداشته و دارو را از محل مناسب به داخل ظرف حاوی محلول وریدی تزریق کنید.  
 ب) سوزن را بیرون بکشید.  
 ج) در صورت استفاده از ظرف شیشه‌ای حاوی محلول وریدی:  
 ۱. بلافاصله محل ورود سوزن را با یک پنبه آغشته به ماده ضد عفونی کننده بپوشانید و سپس درب فلزی را روی آن قرار دهید.  
 ۲. از درب مخصوص استریل تهیه شده توسط کارخانه سازنده برای پوشش آن استفاده کنید.
۵. برچسب دارویی را به ظرف حاوی محلول وریدی بچسبانید. برچسب لازم است حاوی نام و نام خانوادگی بیمار، نوع داروی اضافه شده، مقدار دارو، نام پرستار اضافه کننده دارو، تاریخ و ساعت اضافه کردن دارو باشد.  
 ۶. جریان محلول وریدی را برقرار کنید:  
 الف) ظرف آماده شده محلول وریدی را به پایه سرم آویزان کنید.  
 ب) جریان محلول را بر حسب روش آموخته شده قبلی برقرار و تنظیم کنید.

۷. وسایل اضافی را به محل مربوطه برگردانیده توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید.
۸. دست‌ها را بشویید.
۹. اطلاعات خود را در پرونده بیمار یادداشت کنید:
- الف) نوع و مقدار محلول وریدی، نوع و مقدار داروی اضافه شده، زمان شروع و ختم تزریق وریدی، را در پرونده ثبت کنید.
- ب) مقدار محلول وریدی را در برگه جذب و دفع مایعات ثبت کنید.
۱۰. وضعیت بیمار و جریان محلول وریدی را به طور مرتب بررسی کنید:
- الف) در خلال جریان محلول وریدی بیمار را از نظر واکنش‌های نامطلوب از قبیل تنفس صدادار، تغییر در تعداد نبض، بروز لرز، تهوع یا سردرد بررسی کنید. در صورت بروز هرگونه واکنش نامطلوب طبق مقررات مؤسسه عمل کنید (به طور مثال آهسته کردن یا قطع جریان محلول وریدی) و به پزشک اطلاع دهید.
- همچنین بیمار را از نظر نشانه‌های مربوط به تأثیر دارو بررسی کنید.
- ب) به دقت سرعت ورود محلول وریدی را تنظیم کنید.

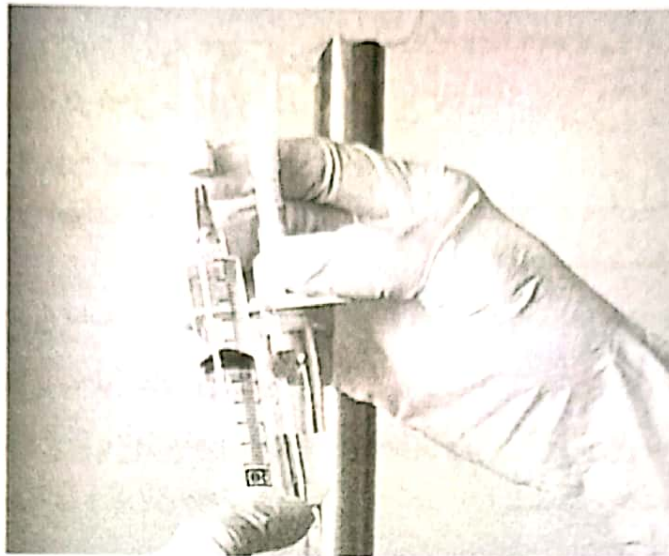
### توضیح:

- در صورتی که لازم است به سرم بیماری که در حال دریافت محلول وریدی می‌باشد دارو اضافه گردد به روش زیر عمل کنید:
- الف) اطمینان حاصل کنید که به اندازه کافی محلول در ظرف شیشه‌ای یا پلاستیکی وجود دارد.
  - ب) طبق دستور کارخانه سازنده محل ورود سوزن برای تزریق دارو را مشخص و ضدعفونی کنید.
  - ج) اجازه دهید تا محل ضد عفونی شده کاملاً خشک شود.
  - د) در صورت لزوم کلمپ ست سرم را ببندید.
  - ه) سوزن متصل به سرنگ حاوی داروی دستور داده شده را از محل مناسب به ظرف حاوی محلول وریدی وارد و دارو را تزریق کنید. (تصویر ۱۵.۱۵).
  - و) ظرف حاوی محلول وریدی را به آرامی حرکت دهید تا دارو به طور کامل با محتویات ظرف مخلوط شود (تصویر ۱۵.۱۶).

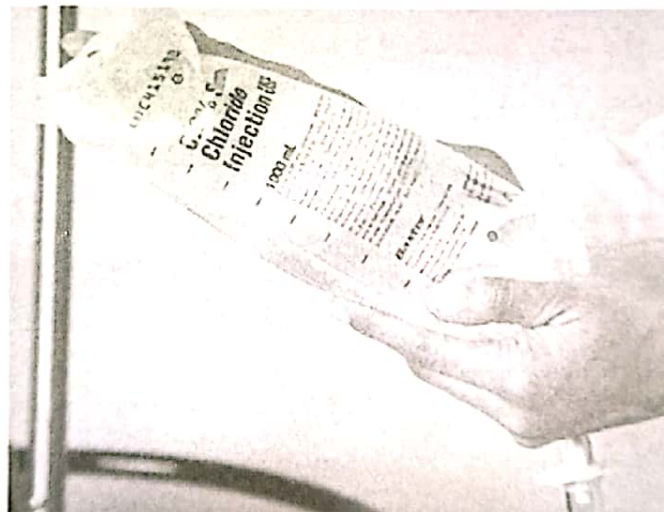
### نکات مورد ارزش‌یابی

- ❖ اجرای برنامه‌های مناسب پی‌گیری مثل بررسی اثرات مطلوب دارویی، واکنش‌های ناخواسته یا عوارض دارویی یا تغییر در علائم حیاتی
- ❖ بررسی مجدد وضعیت محل تزریق وریدی و بازبودن ست تزریق وریدی
- ❖ تعیین ارتباط یافته‌های اخیر با اطلاعات قبلی قابل دسترس
- ❖ گزارش موارد مهم انحراف از طبیعی به سرپرستار





تصویر ۱۵.۱۵ نحوه وارد کردن دارو به داخل ظرف آویزان شده حاوی محلول وریدی



تصویر ۱۵.۱۶ چرخاندن کیسه محلول وریدی جهت مخلوط شدن دارو

## نمونه گزارش کتبی

تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/-	۰۹/۱۵	به ۱۰۰۰ میلی لیتر محلول قندی ۵٪، ۳۰ میلی اکی والان کلرور پتاسیم اضافه شد. سرم ۴۰ قطره در دقیقه تنظیم گردید. پرستار ناصر باقری

۱۵.۶	تزریق دارو به داخل ورید از طریق ست سرم <sup>۱</sup>
------	---

## هدف

❖ دستیابی به حداکثر تأثیر فوری یک دارو

1. IV push

## نکات مورد بررسی

- ❖ نشانه‌های نشت یا عفونت در محل تزریق وریدی یا هپارین لاک<sup>۱</sup>
- ❖ قرمزی، رنگ پریدگی یا تورم پوست اطراف محل تزریق
- ❖ سردی یا تورم بافت‌های اطراف محل تزریق
- ❖ علائم حیاتی
- ❖ حساسیت نسبت به داروها
- ❖ وجود ناسازگاری داروها با محلول‌های وریدی
- ❖ اثرات اختصاصی دارو، عوارض، دوز معمول دارو، زمان تجویز و زمان اوج اثر دارو
- ❖ باز بودن ست تزریق وریدی و جریان محلول

## وسایل لازم

- ❖ کارت دارویی
- ❖ داروی دستور داده شده و سرم فیزیولوژی
- ❖ سرنگ استریل در اندازه مناسب (۵ تا ۱۰ میلی‌لیتری)
- ❖ دستکش در صورت لزوم
- ❖ گلوله‌های پنبه آغشته به محلول ضدعفونی‌کننده
- ❖ سوزن شماره ۲۱ تا ۲۵ به طول ۲/۵ سانتی‌متر
- در صورت داشتن هپارین لاک وسایل زیر مورد نیاز است:
- ❖ سرنگ ۳ تا ۵ میلی‌لیتری جهت آماده کردن دارو
- ❖ سرنگ استریل ۳ میلی‌لیتری حاوی سرم فیزیولوژی
- ❖ سرنگ استریل حاوی هپارین
- ❖ سوزن استریل شماره ۲۱

## روش کار

### آماده سازی

- دستور پزشک را از نظر نوع دارو، مقدار، روش تجویز و سرعت تزریق کنترل کنید.
- دُز دقیق داروی مصرفی را محاسبه کنید.

## نحوه اجرا

۱. دست‌ها را بشویید.

۲. برحسب ضرورت دارو، هپارین یا سرم فیزیولوژی را آماده کنید:

الف) دارو را طبق روش آماده کردن دارو از آمپول یا ویال در سرنگ بکشید. روی سرنگ برچسب بزنید تا با هپارین اشتباه نشود.

ب) در صورت لزوم ۱ میلی لیتر محلول هپارین را بر حسب مقررات مؤسسه در یک سرنگ جداگانه بکشید. این سرنگ را هم با برچسب مشخص کنید.

ج) در ۲ سرنگ دیگر هر کدام یک میلی لیتر سرم فیزیولوژی بکشید. این سرنگ‌ها را نیز با برچسب مشخص کنید.

۳. دارو را تزریق کنید.

• در صورت استفاده از سوزن برای تزریق دارو به داخل ورید به روش زیر اقدام کنید:

الف) در صورت لزوم دستکش بپوشید.

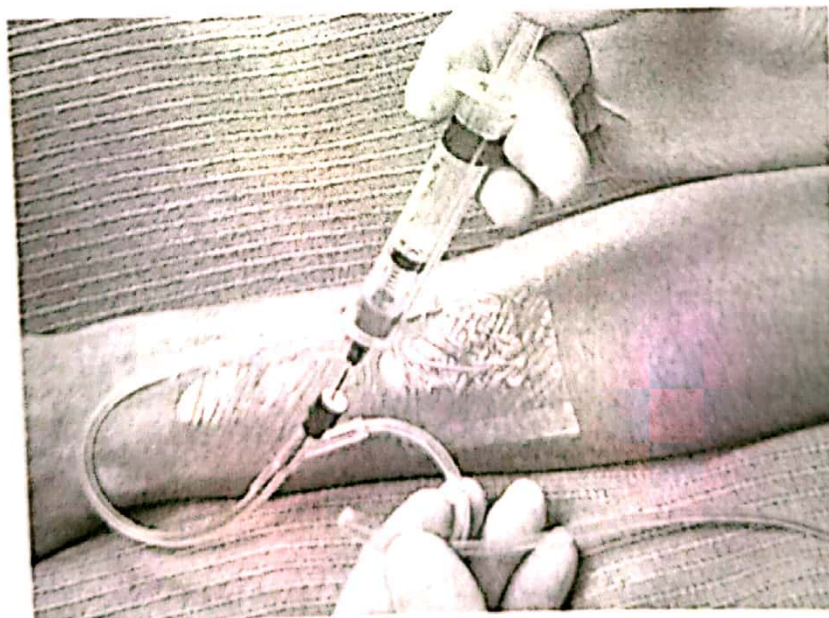
ب) محل تزریق وریدی را از نظر نشت زیر جلدی بررسی کنید.

ج) محل ورود سوزن بر روی ست سرم را ضد عفونی کنید.

د) جریان محلول وریدی را با بستن کلمپ ست یا تا کردن ست سرم قطع کنید.

ه) در حالی که ست سرم (محل ورود سوزن) را محکم نگه داشته‌اید، سوزن را به آن وارد کنید (تصویر ۱۷، ۱۵).

و) ست سرم را با تزریق آهسته یک میلی لیتر سرم فیزیولوژی شستشو دهید. سوزن و سرنگ را خارج کنید.



تصویر ۱۵، ۱۷ نحوه وارد کردن دارو از طریق محل تعبیه شده بر روی ست سرم

ز) محل تزریق را با پنبه آغشته به ماده ضد عفونی کننده تمیز کرده، سوزن سرنگ حاوی دارو را به محل تزریق وارد کرده، دارو را با سرعت مناسب تزریق کنید.

ح) سوزن و سرنگ را بیرون بکشید.

ط) مجدداً محل تزریق را تمیز کرده، سرنگ دوم حاوی سرم فیزیولوژی را به ست سرم وصل کرده و آن را به آهستگی تزریق کنید.



ی) در صورت نیاز به تزریق هپارین، سرنگ حاوی آن را به محل تزریق وارد کرده و هپارین را به آهستگی تزریق کنید.

ک) کلمپ ست را باز کنید و جریان محلول وریدی را با سرعت مناسب برقرار کنید.

• در صورت عدم استفاده از سوزن برای تزریق دارو به داخل ورید به روش زیر اقدام کنید:

الف) دریچه محل تزریق را ضد عفونی کنید.

ب) سرنگ حاوی سرم فیزیولوژی را به دریچه وصل کرده آن را به آهستگی تزریق کنید.

ج) سرنگ حاوی سرم فیزیولوژی را از محل تزریق جدا کنید.

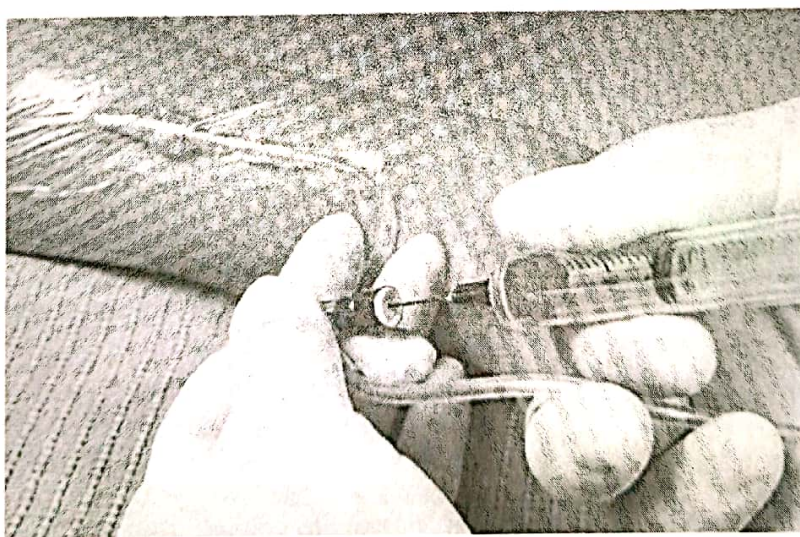
د) سرنگ حاوی دارو را به محل تزریق وصل کنید.

ه) دارو را به آرامی و با سرعت مناسب تزریق کنید. در این حال بیمار را از نظر هرگونه واکنش نامطلوب بررسی کنید. پس از اتمام دارو سرنگ را از محل تزریق جدا کنید.

و) از سرنگ دیگری که حاوی سرم فیزیولوژی است طبق مراحل ب و ج برای شستشوی ست سرم استفاده کنید.

ز) در صورت نیاز به استفاده از هپارین طبق مراحل "د" و "هـ" سرنگ حاوی هپارین را به محل تزریق وصل کرده، دارو را به آرامی تزریق کنید (تصویر ۱۸، ۱۵).

ح) سرنگ را از محل تزریق جدا کرده، درپوش دریچه را به طریق استریل به محل برگردانید.



تصویر ۱۸، ۱۵ نحوه تزریق هپارین به داخل آنژیوکت

طبق مقررات مؤسسه (۴۸ تا ۷۲ ساعت) برای تعویض هپارین لاک اقدام کنید.

۴. در صورت استفاده از دستکش آن را خارج کنید. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید. دست‌ها را بشویید.

۵. اطلاعات خود را در ارتباط با تاریخ، ساعت، نوع دارو، مقدار دارو و روش تجویز؛ واکنش بیمار؛ یافته‌های مربوط به بررسی محل تزریق یا هپارین لاک در پرونده بیمار یادداشت کنید.

### نکات مورد ارزش‌یابی

- ❖ اجرای برنامه مراقبت‌های پی‌گیری مناسب مثل اثرات مطلوب دارو یا هر گونه واکنش ناخواسته یا عوارض داروئی، یا تغییر در علائم حیاتی
- ❖ بررسی مکرر وضعیت محل تزریق وریدی و باز بودن جریان محلول وریدی
- ❖ تعیین ارتباط بین یافته‌های اخیر با اطلاعات قبلی قابل دسترس
- ❖ گزارش موارد مهم انحراف از طبیعی به سرپرستار

### نمونه گزارش کتبی

تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/-	۰۹/۰۰	۲۰۰ میلی‌گرم سایمتدین <sup>۱</sup> پس از رقیق کردن از طریق سیت سرم تزریق شد. پرستار راضیه امجدی

### ملاحظات مربوط به مراقبت در منزل (تزریق وریدی آنتی‌بیوتیک)

- پرستار قبل از ارائه آموزش‌های لازم می‌بایستی از نوع آنتی‌بیوتیک‌های قابل تزریق وریدی و اثرات نامطلوب تزریق وریدی شامل التهاب ورید (درد، حساسیت در لمس، قرمزی، تورم و گرما)، شوک ناشی از تزریق سریع (واکنش عمومی حاصل از سرعت زیاد تزریق وریدی)، اسپاسم ورید (درد و کرامپ در بالای محل تزریق) و نشت زیر جلدی اطلاع کافی داشته باشد.
- پرستار باید قدرت دید و توانایی انجام روش تزریق را در بیمار یا فرد مراقبت دهنده بررسی کند.
- پرستار لازم است در مورد نکات ذیل آموزش‌های ضروری را در اختیار بیمار یا فرد مراقبت دهنده قرار دهد:

- الف) نوع وسیله دسترسی به ورید
- ب) سرعت تزریق (از نظر زمان/مقدار دارو)
- ج) برنامه زمان‌بندی شده جهت تزریق دارو
- د) روش وارد کردن دارو
- ه) روش شستشوی ورید با سرم
- و) علائم و نشانه‌های نیازمند اطلاع‌رسانی سریع به پزشک
- ز) نگهداری صحیح دارو
- ح) توجه به ظاهر دارو و تاریخ مصرف آن
- ط) ضرورت گزارش اثرات نامطلوب تزریق دارو به پرستار مسئول

۱۵.۷	استفاده از وسیله کنترل کننده حجم (میکروست <sup>۱</sup> )
------	--

**اهداف**

- ❖ پیشگیری از جریان بیش از حد مایعات وریدی
- ❖ تجویز داروهای وریدی

**نکات مورد بررسی**

- ❖ مقدار محلول دستور داده شده
- ❖ باز بودن سوزن و ست سرم

**وسایل لازم**

- ❖ میکروست (محفظه‌ای با حجم ۱۰۰ تا ۱۵۰ میلی لیتر)
- ❖ محلول وریدی
- ❖ داروی وریدی در صورت لزوم
- ❖ پایه سرم
- ❖ ست تزریق وریدی
- ❖ گلوله‌های پنبه آغشته به ماده ضد عفونی کننده
- ❖ دستکش یک بار مصرف
- ❖ نوار چسب

**روش کار**

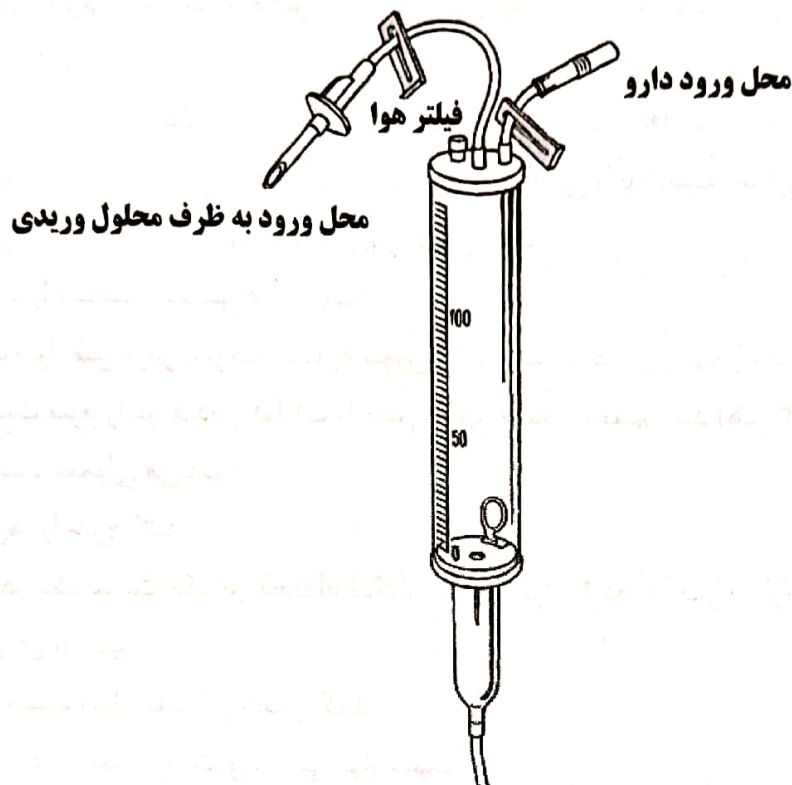
۱. باز بودن سوزن یا آنژیوکت را به روش آموخته شده بررسی کنید.
۲. ست کنترل کننده حجم مایعات (میکروست، تصویر ۱۹، ۱۵) را به روش زیر به ظرف حاوی محلول وریدی وصل کنید:
  - الف) کلمپ‌های بالا و پایین محفظه میکروست را ببندید.
  - ب) دریچه هوای بالای محفظه میکروست را باز کنید.
  - ج) نوک تیز بالای محفظه میکروست را به ظرف حاوی محلول وریدی وارد کنید.
  - د) ظرف حاوی محلول وریدی را به پایه سرم آویزان کنید.
۳. محفظه میکروست را به روش زیر از محلول وریدی پر کنید:

• چنانچه محفظه میکروست دارای فیلتر غشایی<sup>۲</sup> می‌باشد به روش زیر اقدام کنید:

الف) کلمپ بالای محفظه میکروست (بین محفظه و ظرف حاوی محلول وریدی) را باز کنید و اجازه دهید محفظه تا حجم معین مورد نظر (مثلاً ۵۰ میلی لیتر) از محلول پر شود.

1. Microset  
2. Membrane filter





تصویر ۱۵.۱۹ ست کنترل کننده حجم مایعات (میکروست)

- (ب) کلمپ بالای محفظه میکروست را ببندید و از باز بودن دریچه هوا مطمئن شوید.
- (ج) کلمپ پایین محفظه میکروست را باز کنید و با فشردن محفظه قطره ریز آن را تا  $\frac{1}{4}$  حجم از محلول پر کنید.
- (د) دقت کنید در حین فشردن محفظه قطره ریز کلمپ ست سرم بسته باشد تا محفظه قطره ریز با ایجاد خلأ از محلول پر شود.
- (ه) فشار انگشتان خود را از روی محفظه قطره ریز بردارید تا محفظه به حالت اولیه خود برگردد.
- (و) کلمپ ست سرم را باز کنید تا محلول در داخل ست جریان یافته و هوای داخل لوله خارج شود. کلمپ ست سرم را ببندید.

• چنانچه محفظه میکروست دارای دریچه شناور<sup>۱</sup> می باشد به روش زیر اقدام کنید:

(الف) کلمپ بالای محفظه میکروست را باز کنید و اجازه دهید محفظه تا حجم معین مورد نظر (مثلاً ۵۰ میلی لیتر) از محلول پر شود.

(ب) کلمپ بالای محفظه میکروست را ببندید و به آرامی محفظه قطره ریز را فشار دهید تا  $\frac{1}{4}$  حجم از محلول

پر شود.

- ج) کلمپ ست سرم را باز کنید تا محلول در داخل ست جریان یافته و هوای داخل لوله خارج شود. کلمپ ست سرم را ببندید.
۴. در صورت لزوم داروی مورد نظر را به محلول داخل محفظه میکروست اضافه کنید دقت کنید که حجم کافی محلول وریدی برای رقیق کردن مناسب دارو وجود داشته باشد. برچسب دارویی را به محفظه میکروست متصل کنید.
۵. جریان مایع وریدی را به روش زیر آغاز، تنظیم و کنترل کنید:
- الف) دست‌ها را بشوئید، دستکش‌ها را بپوشید.
- ب) ست سرم را طبق روش آموخته شده به سوزن یا آنژیوکت داخل ورید بیمار وصل کنید.
- ج) کلمپ ست سرم را باز کرده و قطرات را طبق تجویز پزشک تنظیم کنید (هر ۴ قطره میکروست معادل یک قطره ست معمولی می‌باشد).
- د) دستکش‌ها را خارج کنید.
- ه) حداقل هر یک ساعت یک بار محفظه میکروست را کنترل کرده، در صورت لزوم تا حجم مورد نظر از محلول وریدی پر کنید.
۶. از آسایش و امنیت بیمار اطمینان حاصل کنید:
- الف) بیمار را در وضعیت راحت و مناسبی قرار دهید.
- ب) زنگ اخبار را در دسترس بیمار قرار دهید.
۷. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید.
۸. دست‌ها را بشوئید.
۹. اطلاعات خود را در پرونده بیمار یادداشت کنید:
- الف) نوع و مقدار محلول، داروی تجویز شده و زمان شروع و اتمام جریان محلول را یادداشت کنید.
- ب) حجم مایع دریافتی را در برگه مخصوص جذب و دفع مایعات ثبت کنید.

### نکات مورد ارزش‌یابی

- ❖ اجرای برنامه مراقبت‌های پی‌گیری مناسب مثل برقرار بودن جریان مایع وریدی، واکنش‌های ناخواسته مثل کاهش یا افزایش مایع بدن
- ❖ گزارش هرگونه موارد مهم انحراف از طبیعی به سرپرستار

### نمونه گزارش کتبی

تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/-	۱۹/۰۰	۵۰۰ میلی‌لیتر محلول قندی ۵٪ با استفاده از میکروست به دست راست وصل گردید. سرم ۲۰ قطره در دقیقه جریان دارد.
		دانشجوی پرستاری احمد سهرابی

۱۵.۸	تزریق داروی وریدی با استفاده از میکروست
------	---

اهداف

- ❖ تزریق داروهای وریدی در کوتاه مدت
- ❖ تجویز متناوب داروها
- ❖ ممانعت از مخلوط شدن داروهای ناسازگار با یکدیگر
- ❖ رقیق کردن داروهای دارای اثر تحریکی بر روی دیواره ورید
- ❖ تجویز دارو به صورت رقیق شده در حجم مشخصی از محلول

## نکات مورد بررسی

- ❖ به روش اضافه کردن دارو به ظرف محتوی محلول‌های وریدی مراجعه شود.

## وسایل لازم

- ❖ کارت دارویی
- ❖ داروی دستور داده شده استریل به مقدار لازم
- ❖ گلوله پنبه آغشته به ماده ضدعفونی‌کننده
- ❖ سرنگ استریل در اندازه مناسب (۵ تا ۱۰ میلی‌لیتری)
- ❖ سوزن به شماره ۲۰ یا ۲۱
- ❖ میکروست
- ❖ محلول وریدی دستور داده شده
- ❖ برچسب دارویی

## روش کار

## آماده‌سازی

- دستور پزشک را طبق روش آماده کردن دارو از آمپول یا ویال کنترل کنید.

## نحوه اجرا

۱. دارو را طبق روش آماده کردن دارو از آمپول یا ویال آماده کنید.
  ۲. میکروست را به روش آموخته شده قبلی به ظرف حاوی محلول وریدی متصل کرده، محفظه آن را از محلول وریدی پر کنید و هوای داخل ست سرم را تخلیه کنید.
  ۳. داروی مورد نظر را به محلول داخل محفظه میکروست اضافه کنید:
- الف) از وجود مقدار کافی محلول در محفظه میکروست اطمینان حاصل کنید. معمولاً وجود ۵۰ تا ۱۰۰ میلی‌لیتر مایع ضروری می‌باشد.



- (ب) پس از پرشدن محفظه با حجم کافی مایع، کلمپ بالای محفظه میکروست را ببندید.
- (ج) محل تزریق دارو به محفظه میکروست را ضدعفونی کنید.
- (د) سوزن متصل به سرنگ حاوی داروی دستور داده شده را به محل ضد عفونی شده محفظه میکروست وارد کنید.
- (ه) دارو را به درون محفظه تزریق کنید.
- (و) با حرکت دادن آرام محفظه، دارو را به خوبی با مایع درون آن مخلوط کنید.
۴. جریان مایع وریدی را به روش زیر آغاز، تنظیم و کنترل کنید:
- (الف) ست سرم را طبق روش آموخته شده به سوزن یا آنژیوکت داخل ورید بیمار وصل کنید.
- (ب) کلمپ ست سرم را باز کرده و قطرات را طبق تجویز پزشک تنظیم کنید.
۵. برچسب دارویی را روی محفظه میکروست بچسبانید.
۶. وسایل اضافی را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید.
۷. دست‌ها را بشویید.
۸. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، مداخله انجام شده و نحوه جریان محلول در پرونده بیمار مطابق روش اضافه کردن دارو به ظرف محتوی محلول‌های وریدی یادداشت کنید.

### نکات مورد ارزش‌یابی

- ❖ به روش اضافه کردن دارو به ظرف محتوی محلول‌های وریدی مراجعه شود.

### نمونه گزارش کتبی

تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/-	۹/۰۰	کریستال پنی‌سیلین ۱۰۰۰/۰۰۰ واحد به میکروست حاوی ۸۰ میلی‌لیتر سرم قندی ۵٪ اضافه شد. قطرات ۶۰ قطره در دقیقه تنظیم شد. سرم به خوبی جریان دارد. محل تزریق وریدی بدون نشانه‌های نشت زیر جلدی است.
		دانشجوی پرستاری اعظم اقتداری

۱۵.۹	تبدیل تزریق مداوم محلول وریدی به تزریق متناوب (هپارین لاکی)
------	---

### هدف

- ❖ تأمین راهی برای دادن متناوب داروها یا محلول‌های وریدی

### نکات مورد بررسی

- ❖ باز بودن آنژیوکت
- ❖ ظاهر محل تزریق وریدی (وجود تظاهرات مربوط به التهاب یا نشت زیر جلدی)

### وسایل لازم

- ❖ کلاهک تزریق متناوب
- ❖ دستکش یکبار مصرف
- ❖ گاز ۲×۲ یا ۴×۴ استریل
- ❖ سرم فیزیولوژی استریل جهت بازنگهداشتن ست تزریق
- ❖ محلول هپارین در صورت لزوم
- ❖ سرنگ ۳ میلی لیتری همراه با سوزن شماره ۲۵
- ❖ پنبه آغشته به ماده ضد عفونی کننده
- ❖ نوار چسب
- ❖ ریسپور تمیز

### روش کار

#### آماده سازی

- دستور پزشک را کنترل کنید.
- وسایل لازم را مهیا کنید.

### نحوه اجرا

۱. دست ها را بشویید.
۲. محل تزریق وریدی را (در صورت قابل مشاهده بودن) مورد بررسی قرار داده و از باز بودن آنژیوکت اطمینان حاصل کنید. در صورت وجود نشانه های مربوط به التهاب یا نشت زیر جلدی، تزریق در محل جدیدی باید انجام پذیرد.
۳. انتهای آنژیوکت را با شل کردن نوار چسب نمایان سازید.
۴. ست تزریق وریدی را به منظور قطع جریان محلول کلمپ کنید.
۵. یک عدد گاز استریل را در زیر انتهای آنژیوکت قرار دهید.
۶. با استفاده از روش استریل، بسته کلاهک تزریق متناوب را باز کرده در دسترس قرار دهید.
۷. جهت جدا کردن ست تزریق و قرار دادن کلاهک تزریق متناوب به روش زیر عمل کنید:  
(الف) دستکش ها را بپوشید.
- (ب) با دست غیر غالب خود آنژیوکت را در محل ثابت کرده و با استفاده از انگشت کوچک خود فشار ملایمی بر ورید وارد کنید. با دست غالب خود به آرامی ست تزریق وریدی را چرخانده و آن را از آنژیوکت جدا کنید و سر آن را در داخل ریسپور قرار دهید.
- (ج) کلاهک تزریق متناوب را در محل بر روی انتهای آنژیوکت قرار داده و با رعایت روش استریل آن را بچرخانید تا محکم شود.
۸. طبق مقررات مؤسسه هر ۸ تا ۱۲ ساعت یکبار از سرم فیزیولوژی برای بازنگهداشتن آنژیوکت استفاده کنید.

۹. دستکش‌ها را خارج کنید.
۱۰. با استفاده از روش آموخته شده قبلی آنژیوکت را در محل ثابت کنید.
۱۱. به بیمار روش مراقبت از آنژیوکت را آموزش دهید:
- الف) از دستکاری آنژیوکت یا کلاهک تزریق متناوب اجتناب کند. برای حفاظت از آن می‌تواند از یک پانسمان کوچک استفاده کند.
- ب) هنگام استحمام، محل را با یک پانسمان غیرقابل نفوذ بپوشاند و از فرو بردن محل تزریق در آب خودداری کند.
- ج) در صورت خارج شدن آنژیوکت یا ظهور قرمزی، التهاب در محل تزریق وریدی یا بروز خونریزی یا هرگونه ترشح به پرستار اطلاع دهد.
۱۲. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید.
۱۳. دست‌ها را بشویید.
۱۴. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، مداخلات انجام شده و نکات مورد ارزش‌یابی در پرونده بیمار یادداشت کنید.

### نکات مورد ارزش‌یابی

- ❖ اجرای برنامه مراقبت‌های پی‌گیری بر اساس یافته‌های غیرطبیعی یا نتایج مورد انتظار برای بیمار. تعیین ارتباط بین یافته‌ها با اطلاعات قبلی قابل دسترس
- ❖ معاینه محل تزریق وریدی در فواصل منظم. توجه به باز بودن و سهولت شستشو
- ❖ گزارش موارد مهم انحراف از طبیعی به سرپرستار

### نمونه گزارش کتبی

گزارش پرستار	ساعت	تاریخ
تزریق مداوم محلول وریدی به تزریق متناوب تبدیل گردید. در محل تزریق وریدی هیچ‌گونه علائم مربوط به التهاب یا نشت زیر جلدی مشاهده نگردید.	۱۴/۰۰	۹۳/-/-
دانشجوی پرستاری بهجت یادگاری		

۱۵.۱۰	قطع جریان محلول وریدی
-------	-----------------------

### هدف

- ❖ قطع محلول وریدی در صورت اتمام درمان یا نیاز به تغییر محل تزریق وریدی

### نکات مورد بررسی

- ❖ ظاهر محل تزریق وریدی
- ❖ هرگونه خونریزی از محل تزریق



- ❖ مقدار مایع وارد شده
- ❖ وضعیت ظاهری ست تزریق وریدی

### وسایل لازم

- ❖ دستکش
- ❖ گلوله‌های پنبه آغشته به محلول ضدعفونی کننده
- ❖ گاز استریل
- ❖ نوار چسب

### روش کار

#### آماده سازی

- ضرورت انجام کار یا دستور پزشک را کنترل کنید.
- وسایل لازم را مهیا کنید.

#### نحوه اجرا

@Parastari98B

۱. بیمار را از اقدام مورد نظر مطلع کنید.
  ۲. دست‌ها را بشوید.
  ۳. ست سرم را کلمپ کنید.
  ۴. چسب‌های ثابت کننده تزریق وریدی را شل کنید. دقت کنید سوزن یا آنژیوکت در محل ثابت باقی بماند.
  ۵. دستکش‌ها را بپوشید.
  ۶. یک قطعه گاز استریل بر روی محل ورود سوزن یا آنژیوکت به ورید قرار دهید.
  ۷. سوزن یا آنژیوکت را به روش زیر از ورید خارج کنید:
- الف) در حالی که گاز استریل را با دست غیرغالب خود در محل ورود سوزن نگهداشته‌اید با دست غالب خود سوزن یا آنژیوکت را در مسیر ورید بیرون بکشید.
- ب) بلافاصله فشار محکمی به کمک گاز استریل برای مدت ۲ تا ۳ دقیقه در محل وارد کنید.
- ج) در صورت بروز خونریزی دست بیمار را بالاتر از سطح قلب قرار دهید.
- د) در صورت لزوم با استفاده از پنبه آغشته به محلول ضدعفونی کننده اطراف ناحیه تزریق را تمیز کنید.
۸. آنژیوکت خارج شده از ورید بیمار را به روش زیر کنترل کنید:
- الف) آنژیوکت را از نظر سالم بودن بررسی کنید.
- ب) در صورت شکسته بودن آنژیوکت فوراً به پرستار بخش اطلاع دهید.
- ج) در صورت قابل لمس بودن تکه شسته شده در ورید، در بالاتر از محلی که تکه جدا شده را لمس کرده‌اید، تورنیکت ببندید. به سرپرستار اطلاع دهید.

۹. محل ورود سوزن را با یک پانسمان استریل بپوشانید.
۱۰. وسایل اضافی را به محل مربوطه برگردانیده، باقیمانده سرم و ست را دور بیندازید و توجه لازم را از دیگر وسایل به عمل آورید.
۱۱. دستکش‌ها را خارج کنید، دست‌ها را بشوید.
۱۲. اطلاعات خود را در رابطه با مقدار مایع وارد شده در برگه مخصوص ثبت کنید. زمان قطع سرم و واکنش بیمار را در پرونده یادداشت کنید.

### نکات مورد ارزش‌یابی

- ❖ اجرای برنامه مراقبت‌های پی‌گیری بر اساس یافته‌های طبیعی و یا نتایج غیر طبیعی. تعیین ارتباط بین یافته‌های اخیر با اطلاعات قابل دسترس قبلی
- ❖ گزارش موارد مهم انحراف از طبیعی به سرپرستار

### نمونه گزارش کتبی

تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/-	۱۱/۰۰	۱۰۰۰ میلی‌لیتر سرم قندی ۵٪ اتمام یافت و قطع گردید. آنژیوکت خارج شد. سالم بود. ناحیه تزریق خشک بود، پانسمان استریل خشک انجام شد. پرستار رضا محجوبی

۱۵.۱۱	شروع، برقراری و قطع تزریق خون با استفاده از ست Y
-------	--

### اهداف

- ❖ حفظ حجم خون بعد از خونریزی شدید
- ❖ حفظ ظرفیت خون جهت حمل اکسیژن
- ❖ فراهم کردن فاکتورهای پلاسمایی از قبیل فاکتور ضد هموفیلی (فاکتور VIII) و پلاکت برای پیشگیری یا درمان خونریزی

### نکات مورد بررسی

- ❖ علائم حیاتی
- ❖ معاینه جسمی شامل بررسی تعادل مایع و صداهاى قلب و ریه بعنوان تظاهرات مربوط به کاهش یا افزایش خون در گردش
- ❖ وضعیت محل تزریق
- ❖ هر گونه نشانه غیر طبیعی
- ❖ نتایج معاینات آزمایشگاهی مثل هموگلوبین، شمارش پلاکت‌ها

### وسایل لازم

- ❖ کیسه حاوی خون کامل
- ❖ ست تزریق خون
- ❖ ظرف حاوی ۲۵۰ میلی لیتر محلول سرم فیزیولوژی استریل
- ❖ پایه سرم
- ❖ ست تزریق وریدی شامل:
- ۱) سوزن با شماره ۱۸ تا ۲۰ یا آنژیوکت در صورت لزوم
- ۲) برای تزریق سریع خون سوزن یا آنژیوکت با قطر بزرگتر
- ❖ پنبه آغشته به محلول الکل
- ❖ نوار چسب
- ❖ دستکش یکبار مصرف

### روش کار

#### آماده سازی

- دستور پزشک را کنترل کنید.
- اطلاعات ذیل را کسب کنید:
- الف) میزان فشار خون، درجه حرارت، تعداد نبض و تنفس
- ب) هرگونه واکنش قبلی نسبت به تزریق خون
- ج) دلایل نیاز به تزریق خون
- د) تکمیل بودن فرم اجازه تزریق خون
- وسایل لازم را مهیا کنید.

### نحوه اجرا

۱. خود را به بیمار معرفی کنید، خلوت او را فراهم آورید. هدف از تزریق خون و تأثیر آن را برای بیمار توضیح دهید.

۲. بیمار را آماده کنید:

- الف) راهنمایی‌های لازم را در اختیار بیمار قرار دهید. به او آموزش دهید که هرگونه لرز ناگهانی، تهوع، خارش، تظاهرات جلدی، تنگی نفس، درد پشت، یا سایر نشانه‌های غیرمعمول را بلافاصله اطلاع دهد.
- ب) در صورتی که بیمار مایعات وریدی دریافت می‌کند، کنترل کنید که سوزن و محلول تزریقی برای تزریق خون مناسب باشد (سوزن مناسب برای تزریق خون شماره ۱۸ تا ۲۰ و ضمناً محلول تزریقی مناسب، سرم فیزیولوژی می‌باشد). در صورتی که محلول در حال جریان برای تزریق خون مناسب نمی‌باشد لازم است



تعویض گردد. زیرا محلول‌های قندی موجب همولیز<sup>۱</sup> گلبول‌های قرمز شده و محلول‌هایی از قبیل رینگر یا محلول‌های حاوی دارو برای تزریق خون ناسازگار هستند.

ج) در صورتی که بیمار مایعات وریدی دریافت نمی‌کند لازم است از طریق یک ورید مناسب تزریق وریدی محلول سرم فیزیولوژی برقرار گردد.

۳. از در اختیار داشتن خون صحیح برای تزریق اطمینان حاصل کنید:

الف) دستور پزشک را با برگه درخواست خون مطابقت دهید.

ب) برگه درخواست خون را با برچسب روی کیسه خون مطابقت کنید. کنترل نام بیمار، شماره پرونده، نوع گروه خونی، اِره‌اش<sup>۲</sup> و تاریخ انقضای خون ضروری می‌باشد، کنترل لازم است توسط پرستار و مسئول آزمایشگاه هر دو انجام شود.

ج) کنترل مجدد اطلاعات فوق توسط پرستار مسئول تزریق خون به همراه یک نفر پرستار فارغ‌التحصیل دیگر نیز ضروری می‌باشد.

د) فرم مخصوص تزریق خون را لازم است دو پرستار فوق امضاء کنند.

ه) دقت کنید که خون قبل از تزریق، بیشتر از ۳۰ دقیقه در هوای اتاق باقی نمانده باشد. برخی مؤسسات در صورت عدم شروع تزریق خون مقررات خاصی را از نظر زمانی برای بازگرداندن خون به بانک خون دارند.

و) هرگز نباید خون را در یخچال بخش نگهداری کرد زیرا دمای آن متناسب نگهداری خون نمی‌باشد.

۴. از صحت بیمار مورد نظر برای تزریق خون اطمینان حاصل کنید:

الف) نام، نام فامیل، شماره پرونده، تخت، اتاق و نام پزشک معالج بیمار را کنترل کنید.

ب) نام کامل بیمار را از وی سؤال کنید.

۵. دست‌ها را شسته، دستکش بپوشید.

۶. جریان خون را به روش زیر برقرار کنید:

الف) اطمینان حاصل کنید که فیلتر خون درون محفظه قطره‌ریز برای تزریق خون و فرآورده‌های آن مناسب می‌باشد. فیلترهای خون دارای سطحی هستند که ضمن عبور خون، مانع از عبور لخته‌های خون می‌گردند.

ب) برای تزریق خون همراه با سرم فیزیولوژی لازم است از ست Y شکل استفاده شود (تصویر ۲۰. ۱۵). در این صورت به روش زیر عمل کنید:

۱. کلمپ‌های ست تزریق خون را ببندید.

۲. به یک شاخه ست Y سرم فیزیولوژی را متصل کنید.

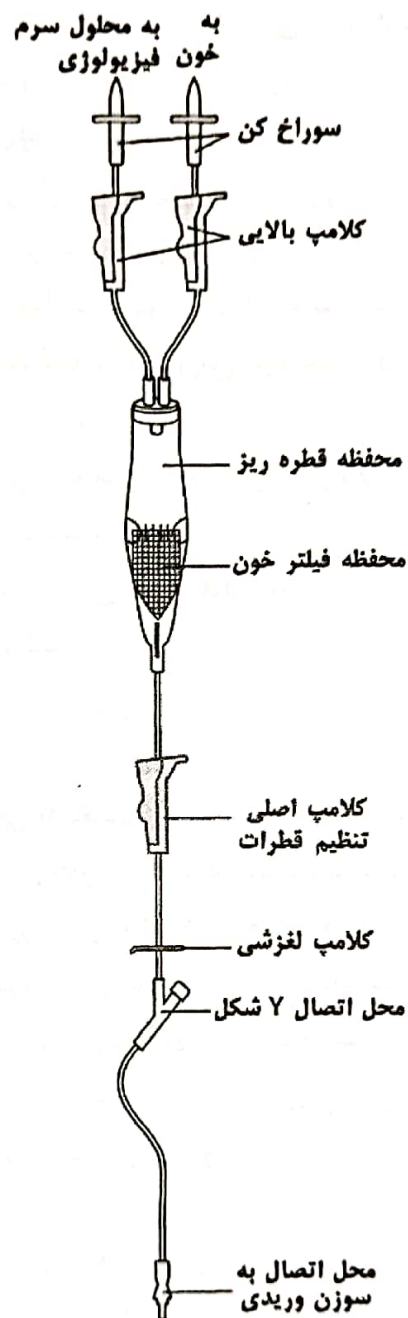
۳. کیسه خون را به آرامی چندین بار وارونه کنید تا سلول‌های آن با پلاسما مخلوط شوند.

۴. دهانه کیسه خون را باز کنید تا محل اتصال کیسه خون به ست تزریق خون نمایان شود.

۵. کیسه خون را به شاخه دیگر ست Y متصل کنید.

1. Hemolysis

2. RH



تصویر ۱۵.۲۰ ست Y شکل برای تزریق خون

۶. ظرف حاوی سرم فیزیولوژی و کیسه خون را در ارتفاع یک متری از محل تزریق به پایه سرم آویزان کنید.
۷. کلمپ مربوط به سرم فیزیولوژی را در بالای محفظه قطره ریز باز کنید و اجازه دهید محفظه قطره ریز تا  $\frac{1}{3}$  حجم از سرم فیزیولوژی پر شود.
۸. کلمپ پایین محفظه قطره ریز را باز کنید هوای داخل ست را با استفاده از سرم فیزیولوژی تخلیه کنید. سپس کلمپ را ببندید.
۹. ست خون را به سوزن یا آنژیوکت وصل کنید.

۱۰. کلمپ سرم فیزیولوژی و کلمپ اصلی ست Y شکل را باز کنید. اجازه دهید محلول سرم فیزیولوژی جریان یابد تا از باز بودن مسیر ورید اطمینان حاصل کنید.
۱۱. کلمپ سرم فیزیولوژی و کلمپ اصلی ست را ببندید.
۱۲. اکنون کلمپ کیسه خون را باز کنید و اجازه دهید خون وارد محفظه قطره‌ریز شود.
۱۳. کلمپ اصلی ست خون را باز کنید تا خون جریان یابد. تعداد قطرات خون را تنظیم کنید.
- (ج) در صورتی که تزریق خون به همراه سرم فیزیولوژی انجام نمی‌شود به روش زیر اقدام کنید:
  ۱. از ست فیلتر دار ساده استفاده کنید و طبق روش آموخته شده در انجام تزریق مایعات وریدی هوای ست را تخلیه کنید.
  ۲. طبق روش آموخته شده قبلی ست خون را به سوزن یا آنژیوکت وصل کنید.
  ۳. سوزن و ست را در محل ثابت کنید.
  ۴. کلمپ ست خون را باز کنید تا جریان خون برقرار شود.
  ۵. تعداد قطرات خون را تنظیم کنید.
  ۷. دستکش‌ها را خارج کنید.
  ۸. بیمار را به دقت کنترل کنید:
- (الف) طی ۱۵ دقیقه اول تزریق خون به دقت وضعیت بیمار را کنترل کنید.
- (ب) طی ۱۵ دقیقه اول سرعت جریان خون را در حد ۵ میلی‌لیتر در دقیقه تنظیم کنید.
- (ج) واکنش‌های نامطلوب از قبیل لرز، تهوع، استفراغ، تظاهرات جلدی یا افزایش ضربان قلب را بررسی کنید.
- (د) به بیمار یادآوری کنید که در صورت بروز هرگونه علائم و نشانه غیر معمول شما را مطلع کند.
- (ه) در صورت بروز هر یک از علائم فوق پرستار بخش را مطلع کنید.
۹. اطلاعات خود را در رابطه با تزریق خون شامل: زمان شروع تزریق خون، علائم حیاتی، تعداد واحد خون، نوع خون، محل تزریق خون، اندازه سوزن و سرعت جریان خون در پرونده یادداشت کنید.
۱۰. بیمار را بررسی کنید:
- (الف) ۱۵ دقیقه بعد از شروع تزریق خون علائم حیاتی بیمار را کنترل کنید. در صورت عدم وجود علائم مربوط به واکنش نامطلوب، جریان خون را طبق برنامه تجویز شده برقرار کنید. بسیاری از بالغین می‌توانند یک واحد خون را طی ۱/۵ تا ۲ ساعت دریافت و تحمل کنند. دقت کنید تزریق یک واحد خون نباید بیشتر از ۴ ساعت به طول انجامد.
- (ب) هر ۳۰ دقیقه یک بار برحسب وضعیت سلامت بیمار او را مورد بررسی قرار دهید و علائم حیاتی وی را کنترل کنید.
- (ج) در صورت کاهش سرعت جریان خون می‌توانید به آرامی کیسه خون را چندین بار وارونه کرده و سپس به پایه سرم آویزان کنید تا سرعت جریان تنظیم گردد.
- (د) در صورت بروز هرگونه واکنش نامطلوب و قطع تزریق خون، کیسه خون را جهت بررسی‌های لازم به آزمایشگاه ارسال دارید.



## ۱۱. جهت قطع جریان خون به روش زیر عمل کنید:

الف) دستکش‌ها را بپوشید.

ب) در صورت عدم نیاز به ادامه جریان مایعات وریدی ست خون را کلمپ کرده سوزن را خارج کنید.

ج) در صورت نیاز به ادامه تزریق خون، طبق مقررات مؤسسه اقدام کنید.

د) در صورت نیاز به ادامه جریان مایعات وریدی ست را با سرم فیزیولوژی شستشو داده و ظرف حاوی محلول وریدی را وصل کنید و سرعت جریان محلول وریدی را تنظیم کنید.

ه) براساس مقررات مؤسسه ست تزریق خون را دور بیاندازید. سوزن‌ها لازم است در ظرفی نفوذناپذیر قرار داده شوند تا معدوم گردند. کیسه‌های خون طبق مقررات مؤسسه معدوم شده یا به همراه فرم تکمیل شده در خواست خون به بانک خون عودت داده می‌شوند.

و) دستکش‌ها را خارج کنید.

ز) مجدداً علائم حیاتی بیمار را کنترل کنید.

## ۱۲. اطلاعات خود را در پرونده بیمار یادداشت کنید:

الف) زمان اتمام تزریق خون، مقدار خون وارد شده، و علائم حیاتی بیمار را در پرونده یادداشت کنید. در صورت ادامه جریان مایعات وریدی، زمان شروع آن را نیز یادداشت کنید.

ب) یک نسخه از فرم درخواست خون را تکمیل نموده در پرونده بیمار قرار دهید.

ج) مقدار خون تزریق شده را در برگه جذب و دفع مایعات ثبت کنید.

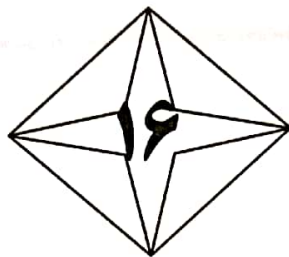
## نکات مورد ارزش‌یابی

- ❖ اجرای برنامه مراقبت‌های پی‌گیری بر اساس یافته‌های طبیعی یا موارد غیرطبیعی. تعیین ارتباط بین یافته‌های اخیر با اطلاعات قابل دسترس قبلی
- ❖ گزارش موارد مهم انحراف از طبیعی به سرپرستار

## نمونه گزارش کتبی

تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/-	۱۵/۰۰	یک واحد خون کامل تزریق شد. واکنش‌های نامطلوبی بروز نکردند. فشار خون ثابت ۱۲۰ میلی‌متر جیوه. درجه حرارت ۳۷ درجه سانتی‌گراد. نبض ۸۸ در دقیقه. تنفس ۲۰ در دقیقه. ۵۰۰ میلی‌لیتر سرم فیزیولوژی ۱۰ قطره در دقیقه شروع شد. پرستار سوسن معیری

بخش ۱۶	گرما و سرما درمانی
۴۵۸	۱۶.۱ به کارگیری گرمای خشک (کیسه آبگرم)
۴۶۰	۱۶.۲ حمام نشیمن گاهی
۴۶۳	۱۶.۳ قرار دادن دست یا پا در آب گرم
۴۶۵	۱۶.۴ کمپرس گرم و استریل
۴۶۷ ۴۶۹	۱۶.۵ به کارگیری سرمای خشک (کیسه یخ، یقه یخ، دستکش یخ) • کمپرس سرد
۴۶۹	۱۶.۶ حمام آب ولرم



## گرما و سرمادرمانی

۱۶.۱	به کار گیری گرمای خشک (کیسه آبگرم)
------	------------------------------------

### اهداف

- ❖ گرم کردن بخشی از بدن، برقراری راحتی، آرامش و خواب
- ❖ افزایش گردش خون و تسریع بهبودی
- ❖ کاهش درد عضلانی

### نکات مورد بررسی

- ❖ وجود هرگونه صدمات بافتی، علائم قرمزی، خراشیدگی پوست، تورم یا خونریزی در محل
- ❖ تعیین سطح تحمل بیمار نسبت به درمان
- ❖ هرگونه ناراحتی تجربه شده توسط بیمار
- ❖ توانایی جسمی و روانی مددجو برای همکاری در درمان

### وسایل لازم

- ❖ کیسه آبگرم
- ❖ رویه مخصوص کیسه آبگرم در صورت لزوم
- ❖ ظرف محتوی آبگرم
- ❖ دماسنج آب
- ❖ پارچه‌ای جهت خشک کردن کیسه آبگرم

### روش کار

### آماده‌سازی

■ دستور پزشک را به دقت کنترل کنید.



- محل مورد معالجه را از نظر عدم وجود زخم، قرمزی، خراشیدگی و ... مورد مشاهده قرار دهید.
- وسایل مورد نیاز را مهیا کنید.

### نحوه اجرا

۱. کیسه آب گرم را مطابق دستورات زیر در اتاق پانسمان آماده کنید:
  - الف) قبل از پر کردن، کیسه آب گرم لازم است از نظر محکم بودن در و نشت نکردن آب کنترل شود.
  - ب) با دماسنج مخصوص آب، درجه حرارت آب را اندازه بگیرید. حرارت آب برای یک فرد بالغ طبیعی و کودکان بالای دو سال می‌تواند بین ۴۶ تا ۵۲ درجه سانتی‌گراد باشد. برای اطفال، سالمندان، افراد فلج و بیمارانی که دچار اختلالات عروقی هستند، حرارت آب نباید از ۴۰/۵ تا ۴۶ درجه سانتی‌گراد بیشتر باشد.
  - ج) در صورتی که دماسنج مخصوص آب وجود ندارد، درجه حرارت کیسه را پس از پر کردن، با قرار دادن آن بر روی قسمت داخلی مچ دست امتحان کنید. کیسه آب گرم باید نسبتاً داغ باشد ولی بدن را نسوزاند.
  - د) کیسه آب گرم را تا  $\frac{2}{3}$  حجم از آب گرم پر کنید. در موقع ریختن آب کیسه را روی سطح صافی قرار دهید.
  - ه) برای خارج کردن هوای درون کیسه، با یک دست دهانه کیسه را که بر روی سطح صافی، مخالف بدن خود قرار داده‌اید به آهستگی پایین بیاورید و با دست دیگر به آرامی روی بدنه کیسه فشار وارد کنید. به طوری که آب به دهانه کیسه بیاید و هوای آن خارج شود. بعد در کیسه را ببندید. خارج کردن هوا از کیسه موجب شکل‌گیری کیسه آب گرم، بسته به محل مورد استفاده می‌شود.
  - و) کیسه را وارونه کنید تا مطمئن شوید که در آن خوب بسته شده است. کیسه را خوب خشک کنید و در پوشش آن قرار دهید.
۲. کیسه را به اتاق بیمار برده، در صورت لزوم او را از اقدام مورد نظر مطلع کنید، پوشش‌های روی محل مورد معالجه را کنار زده و کیسه را در محل دستور داده شده قرار دهید (دقت کنید که دهانه کیسه آب گرم حتی‌المقدور دور از بدن بیمار باشد).
۳. در صورت لزوم با استفاده از بالش، کیسه آب گرم را در محل ثابت کنید.
۴. در صورت وجود درد، تورم و یا قرمزی بیش از حد کیسه آب گرم را برداشته و موارد را گزارش کنید. ۱۵ دقیقه پس از شروع درمان جهت بررسی شکایات بیمار (درد، سوزش، واکنش‌های پوستی) به او سر بزنید.
۵. در صورت وجود درد، تورم و یا قرمزی بیش از حد کیسه آب گرم را برداشته و موارد را گزارش کنید.
۶. کیسه آب گرم را پس از ۳۰ دقیقه از محل بردارید، زیرا استعمال طولانی مدت گرما (یک ساعت) موجب کاهش جریان خون به ناحیه شده و صدمه پوستی به دنبال خواهد داشت.
۷. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید.
۸. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی و مداخلات انجام شده شامل هدف، زمان، روش، محل مورد معالجه در پرونده بیمار یادداشت کنید.

### نکات مورد ارزش‌یابی

- ❖ اجرای برنامه مراقبت‌های پی‌گیری براساس یافته‌ها یا نتایج مطلوب و یا نامطلوب
- ❖ گزارش موارد مهم انحراف از طبیعی به سرپرستار

## نمونه گزارش کتبی

تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/-	۰۸/۰۰	کیسه آب گرم برای برطرف کردن درد روی شانه راست بیمار گذارده شد.
	۸/۳۰	کیسه آب گرم برداشته شد. بیمار تسکین درد را ابراز می‌کند. پوست گرم و قرمز رنگ است.
		دانشجوی پرستاری بهروز کریمی

۱۶.۲	حمام نشیمن گاهی <sup>۱</sup>
------	------------------------------

## اهداف

- ❖ ایجاد اثرات درمانی در ناحیه لگن به صورت:
- ❖ کم کردن التهاب و درد در اعضاء لگن خاصره، نرم کردن ترشحات و تسریع بهبودی
- ❖ استعمال دارو در محل مورد معالجه
- ❖ تمیز کردن زخم از بافت‌های مرده و ترشحات
- ❖ تسریع جریان خون و تسریع بهبودی

## نکات مورد بررسی

- ❖ توجه به ظاهر ناحیه شامل قرمزی، ترشح (مقدار، رنگ، غلظت، بو) و تورم
- ❖ هرگونه شکاف در پوست
- ❖ هر نوع ناراحتی تجربه شده توسط بیمار
- ❖ وضعیت روانی و توان بیمار جهت همکاری در حین روش
- ❖ موارد منع به کار گیری

@Parastari98B

## وسایل لازم

- در صورت وجود زخم باز کلیه وسایلی که در تماس مستقیم با زخم هستند باید استریل بوده و روش کار به طریق استریل انجام شود.
- ❖ صندلی یا چهارپایه
- ❖ لگن مخصوص حمام نشیمن گاهی
- ❖ دماسنج مخصوص آب
- ❖ محلول دستور داده شده با غلظت و دمای مناسب

- ❖ کارت اشغال حمام
- ❖ کیسه نایلونی
- ❖ دستکش یکبار مصرف
- ❖ حوله و ملافه
- ❖ باند و پد و گاز در صورت لزوم
- ❖ لباس تمیز

## روش کار

### آماده سازی

- دستور پزشک را به دقت کنید.
- وسایل لازم را مهیا کنید.

### نحوه اجرا

۱. به اتاق بیمار رفته، او را از اقدام مورد نظر مطلع کرده، از وی بخواهید که به دستشویی رفته در صورت نیاز مثانه و روده خود را تخلیه کند.
۲. وسایل را آماده کرده به حمام ببرید و روی صندلی قرار دهید.
۳. لگن مخصوص را تا  $\frac{1}{4}$  حجم از محلول دستور داده شده با درجه حرارت ۴۰ تا ۴۳ درجه سانتی گراد (با استفاده از دماسنج یا قسمت داخلی مج دست درجه حرارت را کنترل کنید) پر کنید. دقت کنید حجم محلول در حدی باشد که ناحیه مورد معالجه کاملاً درون آن قرار گیرد.
۴. در صورت لزوم با استفاده از حوله اطراف لگن را بپوشانید تا فشاری به ران‌ها و ناحیه خاجی بیمار وارد نشود.
۵. لگن را بر روی صندلی یا چهارپایه قرار دهید.
۶. کارت اشغال را پشت در حمام بزنید.
۷. بیمار را به حمام ببرید.
۸. در بیرون آوردن لباس به بیمار کمک کنید.
۹. دستکش‌ها را بپوشید، در صورتی که بیمار پانسمان دارد و یا از پد استفاد کرده است، پانسمان‌ها و یا پد کثیف را درون کیسه نایلونی ببندید.
۱۰. پانسمان را از نظر مقدار، رنگ، بو و غلظت ترشحات کنترل کنید.
۱۱. ناحیه مورد معالجه را از نظر قرمزی، تورم، رنگ، شکاف‌های پوستی و ترشح کنترل کنید.
۱۲. کمک کنید که بیمار در لگن بنشیند و اطراف او را با ملافه کاملاً بپوشانید. این امر مانع از احساس سرما در بیمار خواهد شد.



۱۳. در صورت مساعد بودن حال بیمار او را تنها بگذارید و طریقه استفاده از زنگ اخبار را به او یاد دهید. در صورت احساس ضعف یا سرگیجه توسط بیمار، در کنار او باقی مانده، در صورت نیاز معالجه را قطع کنید.
۱۴. آموزش‌های ذیل را به بیمار بدهید:
- الف) وضعیت خود را تغییر ندهد.
- ب) در صورت احساس هرگونه ناراحتی پرستار را مطلع کند.
۱۵. بیمار را به طور مرتب بررسی کنید:
- الف) در فواصل به بیمار سر زده، او را از نظر ناراحتی، رنگ پوست، تعداد نبض بررسی کنید.
- ب) نبض سریع و رنگ پریدگی شدید نشان دهنده احتمال بروز شوک می‌باشد.
- ج) هرگونه عکس‌العمل غیرطبیعی و یا غیرقابل انتظار را بلافاصله گزارش کنید.
- د) در طی معالجه حداقل یک بار گرمای آب را کنترل کنید. در صورت لزوم دمای آب را به حد مناسب برسانید.
۱۶. معمولاً بیمار باید به مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه در لگن بنشیند مگر اینکه پزشک مدت را تعیین کرده باشد.
۱۷. پس از پایان درمان به بیمار در خارج شدن از لگن کمک کنید. سپس بدن بیمار را به طور کامل با حوله خشک کنید.
۱۸. وضعیت محل مورد معالجه را به دقت بررسی کنید. در صورت لزوم از گاز و پد برای پانسمان استفاده کنید. در پوشیدن لباس به بیمار کمک کنید.
۱۹. بیمار را به اتاق خودش ببرید و روی تخت بخوابانید.
۲۰. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید.
۲۱. دست‌ها را بشوید.
۲۲. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی و مداخلات انجام شده شامل مدت زمان درمان، درجه حرارت، غلظت و نوع محلول استفاده شده در پرونده بیمار یادداشت کنید.

### نکات مورد ارزش‌یابی

❖ به روش بکارگیری گرمای خشک (کیسه آبگرم) مراجعه شود.

### نمونه گزارش کتبی

تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/-	۱۰/۰۰	حمام نشیمن گاهی جهت کم کردن التهاب و درد ناحیه مقعد داده شد. ترشحات وجود ندارد.
۹۳/-/-	۱۰/۳۰	حمام نشیمن گاهی قطع گردید. به نظر می‌رسد التهاب کاهش یافته است.

پرستار محترم مولوی

۱۶.۳

قرار دادن دست یا پا در آب گرم<sup>۱</sup>

## اهداف

- ❖ تمیز کردن زخم از بافت‌های مرده و ترشحات
- ❖ استعمال دارو در محل مورد معالجه
- ❖ کم کردن التهاب و درد
- ❖ تسریع جریان خون و تسریع بهبودی

## نکات مورد بررسی

- ❖ به حمام نشیمن گاهی مراجعه شود.

## وسایل لازم

در صورت وجود زخم باز کلیه وسایلی که در تماس مستقیم با زخم قرار دارند باید استریل بوده و روش کار به طریق استریل انجام شود.

- ❖ لگن کوچک
- ❖ صندلی یا چهارپایه
- ❖ محلول دستور داده شده با غلظت و دمای مناسب (۴۰ تا ۴۶ درجه سانتی‌گراد)
- ❖ دماسنج آب
- ❖ دستکش یک بار مصرف
- ❖ کیسه نایلونی
- ❖ حوله و ملافه
- ❖ باند و پد و گاز در صورت لزوم

## روش کار

## آماده سازی

- دستور پزشک را به دقت کنترل کنید.
- وسایل لازم را مهیا کنید.

## نحوه اجرا

۱. بیمار را از اقدام مورد نظر مطلع کنید. دست‌ها را بشویید.
۲. لگن کوچک را حداقل تا  $\frac{1}{3}$  حجم از محلول دستور داده شده پر کنید. دقت کنید غلظت و درجه حرارت محلول در حد مناسب باشد (درجه حرارت بیش از حد موجب سوختگی و درجه حرارت پایین نتیجه درمانی دلخواه را به دنبال نخواهد داشت).

۳. بیمار را در وضعیت راحت و مناسبی قرار دهید.
۴. لگن را در محل مناسبی بر روی صندلی یا چهارپایه قرار دهید.
۵. دستکش را بپوشید. در صورت وجود پانسمان قبلی آن را بردارید و در داخل کیسه نایلونی قرار دهید. به مقدار ترشح، رنگ، بو و غلظت آن توجه کنید.
۶. ظاهر محل مورد معالجه را بررسی کنید.
۷. ناحیه مورد معالجه را به طور کامل درون محلول قرار دهید.
۸. با پوشاندن روی لگن توسط ملافه، به حفظ گرمای محلول و در صورت لزوم استریل ماندن آن کمک کنید.
۹. آموزش‌های زیر را به بیمار بدهید:
  - الف) وضعیت خود را تغییر ندهد.
  - ب) در صورت احساس هرگونه ناراحتی پرستار را مطلع کند.
۱۰. بیمار را به طور مرتب بررسی کنید:
  - الف) گرمای محلول را حداقل یک بار در طول معالجه کنترل کرده ضمناً به شکایات بیمار توجه کنید.
  - ب) در صورت کاهش درجه حرارت محلول، عضو را خارج کرده، مجدداً محلول با درجه حرارت مناسب آماده نموده و درمان را ادامه دهید.
۱۱. معالجه بیمار را به روش زیر خاتمه دهید:
  - الف) عضو را از لگن خارج کنید و با حوله به طور کامل خشک کنید.
  - ب) وضعیت محل مورد معالجه را به دقت بررسی کرده و در صورت لزوم پانسمان کنید.
۱۲. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید.
۱۳. دست‌ها را بشویید.
۱۴. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی و مداخلات انجام شده شامل مدت زمان درمان، درجه حرارت، غلظت و نوع محلول در پرونده بیمار یادداشت کنید.

### نکات مورد ارزش‌یابی

❖ به روش بکارگیری گرمای خشک (کیسه آب گرم) مراجعه شود.

### نمونه گزارش کتبی

گزارش پرستار	تاریخ	ساعت
<p>مچ دست چپ بیمار به مدت ۲۰ دقیقه در محلول سرم فیزیولوژی استریل با درجه حرارت <math>43^{\circ}\text{C}</math> قرار داده شد. ترشحات چرکی بر روی پانسمان وجود داشت. در خاتمه درمان هنوز مچ بیمار قرمز می‌باشد.</p> <p>دانشجوی پرستاری مولود ناصری</p>	۹۳/-/-	۱۰/۳۵



۱۶.۴	کمپرس گرم و استریل <sup>۱</sup>
------	---------------------------------

**اهداف**

- ❖ به روش قرار دادن دست یا پا در آب گرم مراجعه شود.

**نکات مورد بررسی**

- ❖ قرمزی، سائیدگی یا ترشح در محل مورد معالجه (در زخم باز اندازه، ظاهر، نوع و مقدار ترشح را بررسی کنید)
- ❖ ناراحتی، تورم، خونریزی
- ❖ اختلال گردش خون در ناحیه (گزگز<sup>۲</sup>، کبودی، سردی، وجود هرگونه اختلال عصبی حسی یا کاهش توان برای تشخیص تغییرات حرارتی پوست در افراد خیلی جوان، خیلی مسن، بیهوش یا ناتوان)
- ❖ نبض، تنفس، فشار خون

**وسایل لازم**

- سینی یا توالی محتوی:
- ❖ دستکش یکبار مصرف
- ❖ کاسه استریل
- ❖ حوله استریل به تعداد لازم و نایلون
- ❖ تعدادی گاز و پد و باند استریل بر حسب نیاز
- ❖ وازلین استریل
- ❖ پنس و فورسپس استریل در صورت لزوم
- ❖ محلول دستور داده شده با غلظت و دمای مناسب
- ❖ دماسنج آب
- ❖ ملافه مشمع یکبار مصرف
- ❖ کیسه نایلونی
- ❖ دستکش استریل
- ❖ اپلیکاتور استریل
- ❖ چند عدد سنجاق قفلی یا چسب
- ❖ کیسه آبگرم

**روش کار****آماده سازی**

- دستور پزشک را به دقت کنترل کنید.
- وسایل لازم را مهیا سازید.

1. Sterile hot compress  
2. Tingling

## نحوه اجرا

۱. بیمار را از اقدام مورد نظر مطلع کرده، خلوت او را فراهم کنید.
۲. بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید و محل مورد معالجه را از زیر پوشش‌ها خارج کنید.
۳. ملافه مشمی را زیر محل مورد معالجه پهن کنید.
۴. کیسه نایلونی را در دسترس در قسمت پایین تخت قرار دهید.
۵. با استفاده از دستکش یک‌بار مصرف، پانسمان یا کمپرس‌های قبلی را برداشته، درون کیسه نایلونی بیاندازید.
۶. دست‌ها را به طریقه جراحی بشوید.
۷. کاسه استریل را باز کرده، به اندازه لازم گاز درون آن قرار دهید. سایر لوازم استریل را که احتیاج دارید باز کنید.
۸. از محلول گرم شده، درون کاسه استریل بریزید. جهت تعیین درجه حرارت محلول استریل می‌توانید مقداری از آن را در ظرف دیگری ریخته و با دماسنج درجه آن را اندازه بگیرید. درجه حرارت محلول می‌بایستی در حدود ۴۰/۵ درجه سانتی‌گراد باشد.
۹. حوله استریل را در زیر محل مورد معالجه پهن کنید.
۱۰. دستکش‌های استریل را بپوشید.
۱۱. در صورت لزوم توسط اپلیکاتور استریل با وازلین اطراف ناحیه مورد نظر را چرب کنید، دقت کنید ماده چرب کننده بر روی زخم باز مالیده نشود. پوشانیدن اطراف زخم با ماده چرب‌کننده موجب حفاظت پوست از سوختگی و تحریک می‌شود.
۱۲. با استفاده از دستکش استریل، یا پنس و فورسپس استریل، گازهای مرطوب شده را از داخل محلول بیرون آورده، پس از فشردن، صاف کرده، به آرامی از یک طرف روی محل مورد معالجه قرار دهید. در صورت تحمل بیمار، گاز را کاملاً بر روی سطح پوست صاف کنید، تا هوایی در زیر آن باقی نماند. وجود هوا مانع از انتقال گرما به پوست خواهد شد.
۱۳. روی گازهای مرطوب را فوراً به وسیله حوله استریل و نایلون بپوشانید و با سنجاق قفل‌ی یا چسب آن را در محل ثابت کنید. این عمل موجب حفظ درجه حرارت کمپرس خواهد شد.
۱۴. برای گرم نگهداشتن کمپرس از کیسه آبگرم استفاده کنید.
۱۵. دستکش‌های خود را خارج کنید.
۱۶. بیمار را به طور مرتب بررسی کنید:
- الف) در فواصل هر ۵ تا ۱۰ دقیقه بیمار را از نظر هرگونه احساس ناراحتی؛ سوزش و قرمزی ناحیه کنترل کنید.
- ب) در صورت وسیع بودن ناحیه مورد معالجه، علائم حیاتی بیمار (نبض، تنفس و فشار خون) را کنترل کنید.
- ج) در صورت بروز هرگونه عکس‌العمل نامطلوب، درمان را قطع کرده و به پرستار بخش گزارش دهید.
۱۷. کمپرس گرم با استفاده از کیسه آب‌گرم حداکثر برای مدت ۱۵ تا ۳۰ دقیقه حرارت خود را حفظ می‌کند. بدون کیسه آب‌گرم، کمپرس‌ها باید هر ۵ دقیقه یک بار تعویض شود.
۱۸. پس از اتمام معالجه، در صورت لزوم برای پوشانیدن محل مورد معالجه از پانسمان استریل استفاده کنید.
۱۹. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید.
۲۰. دست‌ها را بشوید.

۲۱. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی و مداخلات انجام شده شامل نوع، غلظت و درجه حرارت محلول، مدت زمان درمان، ظاهر زخم و وضعیت پوست اطراف آن، در پرونده بیمار یادداشت کنید. توجه: در صورتی که زخم باز وجود نداشته باشد روش به طریق تمیز با استفاده از لیف حمام انجام می‌شود.

### نکات مورد ارزش‌یابی

- ❖ اجرای برنامه مراقبت‌های پی‌گیری براساس یافته‌ها یا نتایج مطلوب و یا نامطلوب
- ❖ گزارش موارد مهم انحراف از طبیعی به سرپرستار

### نمونه گزارش کتبی

گزارش پرستار	ساعت	تاریخ
کمپرس گرم استریل با محلول سرم فیزیولوژی در ناحیه قوزک پای چپ به کار برده شد. ترشحات زیادی وجود داشت.	۰۹/۴۵	۹۳/-/-
پرستار علی فرهادی		
کمپرس برداشته شد. ترشحاتی نداشت. پانسمان استریل انجام شد.	۱۰/۳۰	۹۳/-/-
پرستار علی فرهادی		

۱۶.۵	به کارگیری سرمای خشک (کیسه یخ <sup>۱</sup> - یقه یخ <sup>۲</sup> - دستکش یخ <sup>۳</sup> )
------	--

### اهداف

- ❖ تسکین سردردهای ناشی از انقباض عروقی
- ❖ پیشگیری از تورم بافت‌ها بلافاصله پس از جراحی یا صدمه
- ❖ پیشگیری، کاهش یا قطع خونریزی به دنبال صدمه یا جراحی

### نکات مورد بررسی

- ❖ تظاهرات مربوط به نارسایی گردش خون در ناحیه مورد معالجه (رنگ آبی مایل به بنفش، احساس سرما، کاهش حس، یا بی‌حسی)
- ❖ سایر موارد منع مصرف سرما درمانی
- ❖ هرگونه احساس ناراحتی تجربه شده توسط بیمار
- ❖ تورم
- ❖ توانایی بیمار برای همکاری در حین انجام روش

1. Ice bag  
2. Ice collar  
3. Ice glove



## وسایل لازم

- ❖ ظرف محتوی تکه‌های یخ خرد شده
- ❖ کیسه یخ، یقه یخ یا دستکش لاستیکی
- ❖ رویه مخصوص کیسه یخ
- ❖ حوله یا باند
- ❖ پارچه‌ای جهت خشک کردن کیسه یخ
- ❖ سنجاق قفلی یا نوار چسب

## روش کار

## آماده سازی

- دستور پزشک را به دقت کنترل کنید.
- وسایل لازم را مهیا سازید.

## نحوه اجرا

۱. کیسه یخ را مطابق دستورات ذیل در اتاق پانسمان آماده کنید.

- الف)  $\frac{1}{2}$  تا  $\frac{2}{3}$  کیسه را پر از خرده‌های یخ کنید. دقت کنید که اطراف خرده‌های یخ تیز نباشد. در صورت لزوم آن‌ها را در کاسه‌آبی ریخته فوراً خارج کنید تا تیزی یخ‌ها از بین برود.
  - ب) کیسه را روی سطح صافی قرار داده؛ با دست روی آن فشار آورید، تا هوای داخل آن خارج شود. سپس در کیسه را ببندید. در صورت استفاده از دستکش انتهایی باز آن را گره بزنید.
  - ج) کیسه یخ را از نظر نشت آب امتحان کنید. برای این منظور بهتر است آن را وارونه کنید.
  - د) کیسه را خشک کرده، سپس در پوشش مخصوص قرار دهید.
  ۲. کیسه را به اتاق بیمار ببرید. در صورت لزوم جریان عمل را برای بیمار شرح دهید.
  ۳. بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید. عضو مورد درمان را از زیر پوشش‌ها خارج کنید.
  ۴. محل مورد نظر را بررسی کنید.
  ۵. کیسه را در محل دستور داده شده قرار دهید.
  ۶. کیسه را با استفاده از باند یا حوله در محل با سنجاق قفلی یا نوار چسب ثابت کنید.
  ۷. به منظور پیشگیری از احساس لرز؛ بیمار را بپوشانید.
  ۸. کیسه یخ معمولاً در یک نوبت بیش از ۳۰ دقیقه در محل قرار داده نمی‌شود.
  ۹. آموزش‌های زیر را به بیمار بدهید:
- الف) در طول مدت درمان وضعیت خود را تغییر ندهد.
- ب) در صورت بروز هرگونه ناراحتی پرستار را مطلع کند.

۱۰. بیمار را به طور مرتب بررسی کنید:
- الف) بیمار را به فواصل هر ۵ تا ۱۰ دقیقه از نظر علائم ناراحتی، واکنش‌های پوستی شامل رنگ پریدگی لکه‌های رنگی پوست کنترل کنید.
- ب) واکنش‌های قبلی بیمار نسبت به استعمال سرما و توان وی برای گزارش مشکلات باید مورد توجه قرار گیرد.
- ج) واکنش‌های نامطلوب به پرستار بخش گزارش گردیده، درمان قطع شود.
۱۱. در زمان مقرر کیسه یخ را بردارید، تا از اثرات مضر ناشی از استعمال طولانی مدت سرما پیشگیری شود.
۱۲. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید.
۱۳. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی و مداخلات انجام شده شامل هدف، روش و محل مورد معالجه در پرونده بیمار یادداشت کنید.

### نکات مورد ارزشیابی

- ❖ اجرای برنامه مراقبت‌های پی‌گیری براساس یافته‌ها، نتایج مطلوب و یا نامطلوب
- ❖ گزارش موارد مهم انحراف از طبیعی به سرپرستار

### نمونه گزارش کتبی

تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/۰۹	۰۹/۰۰	کیسه یخ برای کاهش خون‌ریزی بر روی بینی بیمار گذاشته شد. پرستار پروانه حسینی
۹۳/-/۰۹	۰۹/۳۰	کیسه یخ برداشته شد. خون‌ریزی کاهش یافته، بیمار احساس رضایت می‌کند. پرستار پروانه حسینی

### • کمپرس سرد

این نوع کمپرس جهت کاهش یا جلوگیری از خون‌ریزی، کاهش درد یا التهاب مورد استفاده قرار می‌گیرد. روش کار همانند کمپرس گرم و استریل می‌باشد با این تفاوت که دمای آب مصرفی می‌تواند بین ۱۵ تا ۲۷ درجه سانتی‌گراد متغیر باشد.

۱۶.۶	حمام آب ولرم <sup>۱</sup>
------	---------------------------

### هدف

- ❖ پایین آوردن درجه حرارت بدن بیمار با افزایش از دست دادن حرارت از طریق هدایت<sup>۲</sup> و تبخیر

1. Tepid sponge bath  
2. Conduction

## نکات مورد بررسی

- ❖ درجه حرارت بدن (بالای  $40^{\circ}\text{C}$ )، نبض و تنفس
- ❖ سایر علائم تب (پوست گرم، برافروختگی، شکایت از احساس گرما یا لرز، تعریق، بیقراری، تحریک پذیری، خستگی عمومی یا هذیان)

## وسایل لازم

ترالی محتوی وسایل زیر:

- ❖ دماسنج جهت کنترل درجه حرارت بدن بیمار
- ❖ دو عدد ملافه
- ❖ مشمع بزرگ
- ❖ لگن حمام
- ❖ دماسنج آب
- ❖ آب با درجه حرارت  $27^{\circ}\text{C}$  تا  $37^{\circ}\text{C}$  درجه سانتی‌گراد
- ❖ شش عدد لیف
- ❖ حوله حمام
- ❖ کیسه یخ

@Parastari98B

## روش کار

### آماده سازی

- دستور پزشک را به دقت کنترل کنید.
- وسایل لازم را مهیا سازید.

### نحوه اجرا

۱. بیمار را از مراقبت مورد نظر مطلع کنید، خلوت بیمار را فراهم آورید. دست‌ها را بشویید.
۲. درجه حرارت، نبض و تنفس بیمار را اندازه‌گیری و یادداشت کنید. سایر علائم مربوط به تب را کنترل کرده و یادداشت کنید.
۳. با استفاده از ملافه، پوشش‌های رویی بیمار را به پایین تخت بکشید.
۴. مشمع و ملافه دیگر را در زیر بدن بیمار پهن کنید به طوری که از زیر گردن تا قسمت پایین پای بیمار قرار گیرد.
۵. لباس بیمار را خارج کنید و او را در وضعیت به پشت خوابیده قرار دهید.
۶. لیف‌ها را درون لگن حاوی آب قرار دهید.
۷. صورت بیمار را با استفاده از لیف آغشته به آب ساده بشویید.
۸. کیسه یخ را در بالای سر بیمار قرار دهید.



۹. چهار عدد از لیف‌های خیس شده را از درون لگن آب خارج کرده، کمی فشار دهید، سپس در زیر بغل‌ها و کشاله‌های ران قرار دهید.

۱۰. حوله حمام را زیر دست بیمار که نزدیک خودتان است پهن کنید، یکی از لیف‌ها را از درون لگن آب بیرون آورده کمی فشار دهید، سپس دست بیمار را به مدت ۵ دقیقه به آهستگی بشویید. هر چند لحظه لیف را با لیف دیگری که درون لگن آب است عوض کنید (در صورت لزوم می‌توانید، یک حوله مرطوب شده را بر روی دست بیمار پهن کنید و پس از ۵ دقیقه بردارید). **استدلال:** سرعت عمل در انجام روش موجب افزایش تولید گرما به دلیل ایجاد مکانیسم لرزش می‌شود.

۱۱. لیف‌های زیر بغل و کشاله ران بیمار را بردارید و در لگن بگذارید. وقتی که کاملاً خیس شد، دوباره آن‌ها را فشار داده، در زیر بغل‌ها و کشاله‌های ران بیمار قرار دهید.

۱۲. مرحله ۱۰ را با دست دیگر بیمار تکرار کنید.

۱۳. مرحله ۱۱ را تکرار کنید.

۱۴. حوله حمام را زیر پای بیمار که نزدیک خودتان است پهن کنید، یکی از لیف‌ها را از درون لگن آب خارج کرده کمی فشار دهید، سپس پای بیمار را به مدت ۵ دقیقه به آهستگی بشویید. هر چند لحظه لیف را با لیف دیگری که در آب است عوض کنید.

۱۵. مرحله ۱۱ را تکرار کنید.

۱۶. مرحله ۱۴ را با پای دیگر بیمار تکرار کنید.

۱۷. مرحله ۱۱ را تکرار کنید.

۱۸. بیمار را به پهلو برگردانید، طوری که پشت او به طرف شما قرار گیرد، سپس با لیف پشت بیمار را به مدت ۳ تا ۵ دقیقه به آهستگی بشویید. دقت کنید که سینه و شکم بیمار را نباید شستشو دهید.

۱۹. لیف‌ها را از زیر بغل و کشاله ران بردارید.

۲۰. علائم حیاتی بیمار را هر ۱۵ دقیقه یک بار کنترل کرده با مقادیر اندازه گرفته شده قبل از اجرای روش مقایسه کنید، در صورتی که بیمار در طول درمان دچار رنگ پریدگی، کبودی، لرز یا افزایش نبض گردید بلافاصله روش درمانی را قطع کنید.

۲۱. چنانچه درجه حرارت بیمار بالای ۴۰ درجه سانتی‌گراد است روش را تکرار کنید. در غیر این صورت وسایل را جمع‌آوری کرده، لباس و تخت بیمار را مرتب کنید و او را در وضعیت راحتی قرار دهید. بهتر است روانداز سبکی روی بیمار انداخته شود. در هر صورت حداکثر مدت زمان استفاده از حمام آب ولرم نباید بیش از ۳۰ دقیقه به طول انجامد.

۲۲. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید.

۲۳. دست‌ها را بشویید.

۲۴. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، مداخلات انجام شده (شامل علائم حیاتی اندازه‌گیری شده و نوع روش) و نکات مورد ارزش‌یابی در پرونده بیمار یادداشت کنید.

## نکات مورد ارزش‌یابی

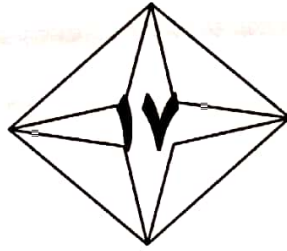
- ❖ اجرای برنامه مراقبت‌های بی‌گیری براساس یافته‌ها، نتایج مطلوب (کاهش درجه حرارت) و نتایج نامطلوب
- ❖ گزارش هر گونه موارد مهم انحراف از طبیعی به سرپرستار

## نمونه گزارش کتبی

گزارش پرستار	ساعت	تاریخ
درجه حرارت ۴۰/۵ درجه سانتی‌گراد، نبض ۹۴ در دقیقه، تنفس ۲۲ در دقیقه، بیمار احساس گرما، برافروختگی صورت و تعریق داشت. به دستور آقای دکتر احمدی حمام آب ولرم داده شد.	۱۶/۴۵	۹۳/-/-
دانشجوی پرستاری مهدی جوادی		
درجه حرارت ۳۸/۴ درجه سانتی‌گراد، نبض ۸۰ در دقیقه، تنفس ۱۶ در دقیقه برافروختگی بیمار کاهش یافته است.	۱۷/۳۰	۹۳/-/-
دانشجوی پرستاری مهدی جوادی		

مراقبت از زخم	بخش ۱۷
۴۷۴ ۴۸۰ ۴۸۰ ۴۸۱	۱۷.۱ تعویض پانسمان استریل خشک • پانسمان شفاف • پانسمان هیدروکلونید • دبریدمان
۴۸۲ ۴۸۵	۱۷.۲ تهیه نمونه از ترشحات زخم • تهیه نمونه از ترشحات زخم به روش بی‌هوازی
۴۸۶	۱۷.۳ تمیز کردن محل درن و کوتاه کردن درن پن روز
۴۹۰	۱۷.۴ شستشوی زخم
۴۹۲	۱۷.۵ برقراری یک سیستم بسته تخلیه ترشحات زخم
۴۹۵	۱۷.۶ برداشتن بخیه‌های پوست
۵۰۱	۱۷.۷ استفاده از انواع باندها
۵۰۳	۱۷.۸ بانداژ کردن
۵۱۰	۱۷.۹ بانداژ کردن عضو قطع شده





## مراقبت از زخم

نظر به این که انجام انواع پانسمان‌ها نیازمند برخورداری از دانش و مهارت لازم در رعایت روش استریل و روش مشکل‌گشایی می‌باشد، این نوع درمان باید توسط پرستار انجام پذیرد. افراد غیر حرفه‌ای لازم است نیاز به تعویض پانسمان را تشخیص داده، و مراتب را به پرستار گزارش دهند. پرستار مسئول بررسی و ارزیابی زخم می‌باشد.

تعویض پانسمان استریل خشک <sup>۱</sup>	۱۷.۱
---------------------------------------	------

### اهداف

- ❖ تسهیل بهبود زخم
- ❖ پیشگیری از عفونت
- ❖ بررسی فرایند التیام زخم
- ❖ حفاظت زخم از صدمه مکانیکی

### نکات مورد بررسی

- ❖ حساسیت نسبت به ماده تمیز کننده
- ❖ ظاهر و اندازه زخم
- ❖ مقدار و مشخصه ترشح
- ❖ شکایت بیمار از ناراحتی
- ❖ زمان دریافت آخرین داروی مسکن
- ❖ علائم عفونت عمومی (نظیر تب، تعریق، خستگی، افزایش گلبول‌های سفید<sup>۲</sup>)

1. Dry sterile dressing  
2. Leukocytosis

## وسایل لازم

- ❖ ملافه در صورت لزوم
- ❖ ملافه مشمی یک بار مصرف
- ❖ کیسه نایلونی
- ❖ ماسک در صورت لزوم
- ❖ استون در صورت لزوم
- ❖ دستکش یکبار مصرف تمیز
- ❖ دستکش استریل
- ❖ ست پانسمان استریل حاوی:
  - الف) شان یا حوله
  - ب) گاز
  - ج) گلوله پنبه
  - د) کاسه
  - ه) دو عدد پنس
  - و) پد
  - ز) اپلیکاتور یا چوب زبان جهت استعمال پماد
- ❖ محلول دستور داده شده به وسیله پزشک (برای مثال سرم فیزیولوژی)
- ❖ پماد یا پودر دستور داده شده
- ❖ نوار چسب یا باند

## روش کار

### آماده‌سازی

- قبل از تعویض پانسمان دستورات خاص پزشک را در مورد مراقبت از زخم و پانسمان مشخص کنید.
- وسایل لازم را مهیا کنید.

### نحوه اجرا

۱. قبل از اجرای روش خود را به بیمار معرفی کنید. او را از اقدام مورد نظر مطلع کنید. ضرورت انجام کار و نحوه همکاری بیمار را مشخص کنید.
۲. دست‌ها را بشوئید، روش‌های مناسب پیشگیری از عفونت را بکار بندید.
۳. خلوت بیمار را فراهم آورید.
۴. بیمار را آماده کنید:

الف) در صورت نیاز بیمار را با ملافه بپوشانید، او را در وضع راحتی قرار دهید و تنها ناحیه زخم را از زیر ملافه خارج کنید.

ب) ملافه مشمی را در زیر ناحیه مورد نظر قرار دهید.

ج) کیسه نایلونی را در قسمت پایین تخت در دسترس قرار دهید.

د) در صورت لزوم ماسک بزنید. پوشیدن ماسک بسته به مقررات مؤسسات مختلف متفاوت می‌باشد.

۵. لایه خارجی پانسمان را به روش زیر بردارید:

الف) در صورت استفاده از باند برای ثابت کردن پانسمان آن را باز کنید و کنار بگذارید.

ب) در صورت استفاده از نوار چسب، آن‌ها را به آرامی از پوست جدا کرده، در حالی که پوست را نگهداشته‌اید، چسب را به طرف زخم از بدن جدا کنید. در صورت نیاز برای جدا کردن راحت‌تر چسب، از پنبه استون استفاده کنید.

ج) دستکش‌های یک‌بار مصرف تمیز را بپوشید و لایه خارجی پانسمان را بردارید.

د) پانسمان کثیف را بدون آلوده کردن سطح خارجی کیسه نایلونی در داخل آن قرار دهید.

ه) دستکش‌ها را خارج کنید، درون کیسه نایلونی قرار دهید.

و) دست‌ها را بشویید.

۶. لایه داخلی پانسمان را به روش زیر بردارید:

الف) ست پانسمان استریل را به روش آموخته شده باز کنید، محلول مورد نظر را داخل کاسه بریزید. پماد یا داروی دستور داده شده را طبق روش داخل ست استریل قرار دهید.

ب) حوله استریل را در کنار زخم پهن کنید.

ج) در صورت لزوم دستکش استریل بپوشید.

د) لایه زیرین پانسمان را که بر روی زخم قرار دارد با استفاده از یکی از پنس‌های استریل یا دستکش استریل بردارید. دقت کنید که لوله‌های تخلیه کننده ترشحات زخم جابه‌جا نشوند، بدین منظور لازم است در حین برداشتن لایه زیرین پانسمان با یک دست لوله‌ها را در محل ثابت نگهدارید.

ه) زخم را از نظر نوع، مقدار و بوی ترشحات، تعداد گازهای خیس شده با ترشحات و یا وسعت ترشح بر روی پانسمان بررسی کنید.

و) پانسمان کثیف را درون کیسه نایلونی قرار دهید. به منظور حفظ استریل بودن پنس و دستکش لازم است پانسمان از فاصله ۱۰ تا ۱۵ سانتی‌متری به داخل کیسه انداخته شود.

ز) پنس استفاده شده را به دور از وسایل استریل کنار بگذارید.

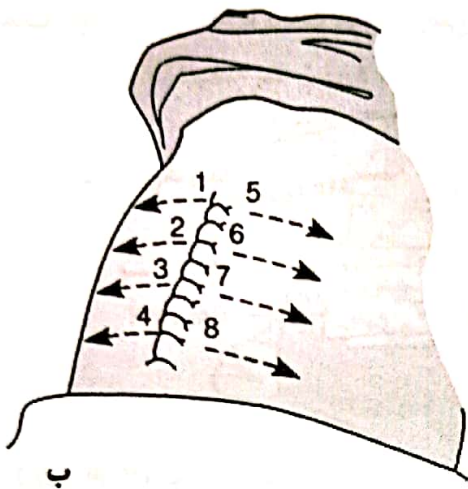
۷. زخم را به روش زیر تمیز کنید:

الف) با استفاده از پنس استریل دیگر با گلوله‌های پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده به یکی از دو روش زیر زخم را تمیز کنید:

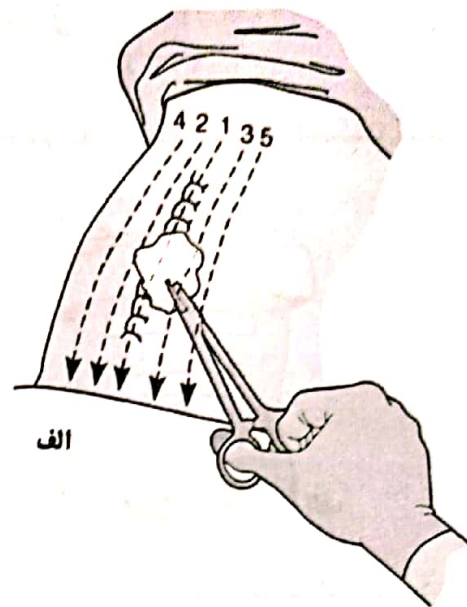
۱. از بالا به پایین و یا از مرکز به طرف خارج (تصویر ۱۷.۱)

۲. از داخل یا مرکز زخم به طرف خارج، ابتدا یک طرف و سپس طرف دیگر (تصویر ۱۷.۲)





تصویر ۱۷.۲ نحوه تمیز کردن زخم از داخل یا مرکز به طرف خارج زخم



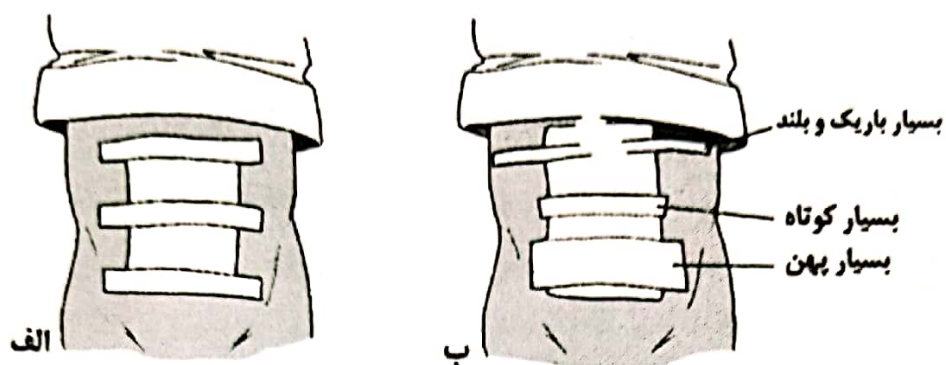
تصویر ۱۷.۱ نحوه تمیز کردن زخم از بالا به پایین، شروع از مرکز

- (ب) دقت کنید همیشه در حین تمیز کردن، انتهای استریل پنس پایین تر از دسته آن قرار گیرد.
- (ج) از هر گلوله پنبه فقط یک بار استفاده کنید.
- (د) در صورت وجود درن<sup>۱</sup> در زخم، آن را پس از تمیز کردن زخم تمیز کنید.
- (ه) برای زخم‌های نامنظم مثل زخم بستر آن را از مرکز به محیط اطراف زخم با حرکات دورانی تمیز کنید.
- (و) تمیز کردن زخم را تا پاک شدن تمام ترشحات ادامه دهید.
- (ز) با استفاده از گاز خشک اطراف زخم یا برش جراحی را خشک کنید. هرگز محل برش جراحی یا زخم را خشک نکنید زیرا رطوبت بهبود زخم را تسهیل می‌سازد.
- ۸ زخم را از نظر وضعیت ظاهری (وسعت، خونریزی، التهاب، تشکیل جوشگاه)، اندازه، عمق، وجود ترشح (رنگ، بو، غلظت)، تورم، درد، وجود درن یا لوله، بررسی کنید.
۹. در صورت لزوم داروی مورد نظر را به روش زیر بر روی زخم قرار دهید:
- الف) پودر دستور داده شده را مستقیماً روی زخم بپاشید.
- ب) پماد را با استفاده از اپلیکاتور یا چوب زبان (از قبل آماده کرده‌اید) روی زخم بمالید.
۱۰. زخم را به روش زیر با پانسمان استریل بپوشانید:
- الف) با استفاده از پنس یا دستکش استریل، زخم را با گاز استریل بپوشانید. برای این منظور لازم است از مرکز زخم به طرف خارج، زخم پوشانده شود. در صورت نیاز زخم را با پد استریل بپوشانید.
- ب) در صورت پوشیدن دستکش، آن را به روش آموخته شده خارج کنید.
- ج) پانسمان را با استفاده از چسب یا باند در محل ثابت کنید (تصاویر ۱۷.۳، ۱۷.۴ و ۱۷.۵).

۱۱. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید.

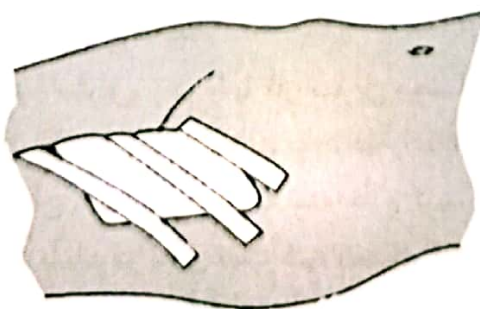
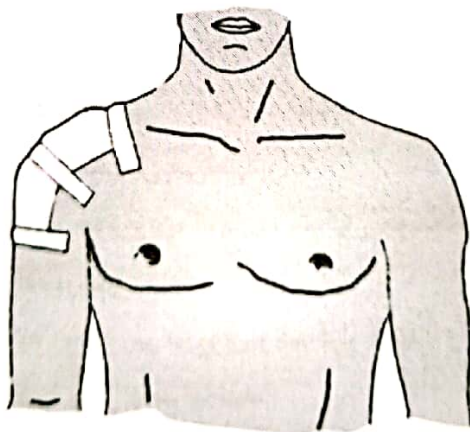
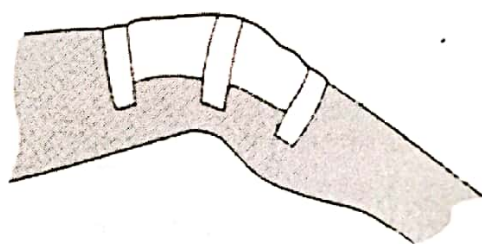
۱۲. دست‌ها را بشویید.

۱۳. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی و مداخلات انجام شده در پرونده بیمار یادداشت کنید.



تصویر ۱۷.۳ نوارچسب مورد استفاده برای ثابت کردن پانسمان باید از نظر طول و عرض مناسب انتخاب شود.

الف: چسب زدن صحیح، ب: چسب زدن غلط



تصویر ۱۷.۴ پانسمان نواحی متحرک بدن باید به خوبی ثابت شود.



تصویر ۱۷.۵ ثابت کردن پانسمان به روش مونتهگمری: جهت پانسمان‌هایی که نیاز به تعویض مکرر دارند استفاده می‌شود.

### نکات مورد ارزش‌یابی

- ❖ اجرای برنامه مراقبت‌های پی‌گیری مثل بررسی مقدار بافت گرانوله تشکیل شده؛ درجه بهبودی بافت؛ مقدار ترشح؛ رنگ و بوی آن؛ وجود التهاب؛ میزان ناراحتی احساس شده در رابطه با محل درن و برش جراحی
- ❖ مقایسه یافته‌های اخیر با اطلاعات قبلی قابل دسترس
- ❖ گزارش موارد مهم انحراف از طبیعی به سرپرستار

### نمونه گزارش کتبی

تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/-	۱۰/۰۰	پانسمان ناحیه شکم تعویض شد، محل بخیه با محلول سرم فیزیولوژی شستشو داده شد، دو عدد گاز با ترشح سروزی <sup>۱</sup> مرطوب شده بود، زخم تمیز و لبه‌های آن تقریباً به هم نزدیک بودند، قرمزی کمی در روی خط بخیه وجود داشت، محل زخم با گاز و پد پوشانیده شد، بیمار ناراحتی ابراز نکرد.
		پرستار اشرف پورمقدم



## • پانسمان شفاف<sup>۱</sup>

این نوع پانسمان با هدف فراهم آوردن یک محیط مرطوب و تسهیل بهبودی زخم انجام می‌شود. و اغلب برای زخم‌های سوختگی بکار می‌رود. به علاوه ضمن فراهم آوردن امکان مشاهده مستقیم زخم مانند سایر انواع پانسمان‌ها زخم را از آسیب و هجوم میکروارگانیسم‌ها محافظت می‌کند. این نوع پانسمان قابل استفاده برای مفاصل (بدلیل قابلیت ارتجاعی) می‌باشد. این نوع پانسمان بصورت یک پوست موقت عمل کرده، بنابراین اغلب در محل تا کسب بهبودی زخم باقی می‌ماند.

روش انجام این پانسمان تا مرحله ۹ همانند پانسمان استریل خشک می‌باشد. جهت پوشانیدن زخم با این پانسمان به روش ذیل اقدام کنید:

۱. از راهنمای کارخانه سازنده پانسمان پیروی کنید.
۲. پانسمان را پس از باز کردن پوشش آن طوری بر روی زخم قرار دهید که حداقل ۲/۵ سانتی‌متر از اطراف آن را بپوشاند.
۳. به آرامی روی پانسمان فشاری وارد آورید تا بدون چین‌خوردگی بر روی زخم گسترده شود.
۴. فقط در مواقعی که واقعاً ضرورت دارد پانسمان را در محل محکم کنید، که در این صورت می‌توانید از چسب‌های کاغذی برای چسبانیدن لبه‌های پانسمان استفاده کنید.
۵. استفاده از این نوع پانسمان به بیمار اجازه می‌دهد که بدون برداشتن آن استحمام کند.

## • پانسمان هیدروکلوئید<sup>۲</sup>

این نوع پانسمان غیر شفاف است، برای مدت طولانی (۳ تا ۷ روز) قابل استفاده بوده، با توجه به خاصیت ضد رطوبت آن بیمار می‌تواند حمام کند. از مزایای دیگر آن شکل‌پذیری و کمک به کاهش درد بیمار می‌باشد. این نوع پانسمان با هدف فراهم آوردن یک محیط مرطوب و تسهیل بهبودی زخم انجام می‌شود. بعلاوه مانند سایر انواع پانسمان‌ها زخم را از آسیب و هجوم میکروارگانیسم‌ها محافظت می‌کند. این پانسمان بدلیل عدم نیاز به تعویض مکرر، درد بیمار را کاهش می‌دهد، استفاده از این پانسمان در زخم‌های عفونی و عمیق جایز نمی‌باشد. از این نوع پانسمان معمولاً برای پوشش زخم‌های بستر استفاده می‌شود. روش انجام این پانسمان تا مرحله ۹ همانند پانسمان استریل خشک می‌باشد. جهت پوشانیدن زخم با این پانسمان به روش زیر اقدام کنید:

۱. از راهنمای کارخانه سازنده پانسمان پیروی کنید.
۲. در صورتی که در محل استفاده از پانسمان موی بلند روئیده است، موهای اطراف زخم را تا نزدیکی پوست قیچی کنید. سپس پوست را با استفاده از سرم فیزیولوژی یا یک محلول ضد عفونی‌کننده ضعیف تمیز کنید.
۳. پانسمان را پس از باز کردن پوشش آن بر روی زخم قرار دهید.
۴. به آرامی برای مدت ۱ دقیقه پانسمان را در محل نگهدارید.

2. Transparent wound Barrier  
2. Hydrocolloid

۵. در صورت لزوم لبه‌های پانسمان را با استفاده از چسب در محل ثابت کنید.  
 ۶. حداقل روزانه یک بار پانسمان را از نظر چین‌خوردگی، جابجائی و یا نشت کنترل کنید. در صورت بروز هر یک از این علائم تعویض پانسمان ضروری است.

### • دبریدمان<sup>۱</sup>

در زخم‌هایی که با بافت مرده ضخیمی پوشیده شده‌اند (زخم‌های سیاه یا اسکار<sup>۲</sup>)، برداشتن بافت مرده لازمه تسهیل در بهبودی زخم است.  
 دبریدمان به ۴ طریق مختلف انجام می‌شود:

- الف) دبریدمان با استفاده از چاقوی جراحی یا قیچی
- ب) دبریدمان شیمیائی با استفاده از مواد آنزیمی که متداول‌ترین روش می‌باشد.
- ج) دبریدمان مکانیکی که توسط نیروی مالشی نظیر استفاده از پانسمان‌های مرطوب به مرطوب انجام می‌شود.
- د) دبریدمان اتولیتیک<sup>۳</sup> با استفاده از پانسمان‌هایی مثل پانسمان هیدروکلوئیدی یا نوع خاصی از پانسمان‌های شفاف که مواد ترش‌حی را در خود جذب می‌نمایند انجام می‌شود.

### ملاحظات مربوط به دوره‌های مختلف زندگی (مراقبت از زخم)

#### شیرخواران

- پوست شیرخواران نسبت به کودکان و سالمندان شکنندگی بیشتری دارد از این رو مستعد بروز عفونت‌های پوستی می‌باشد.

#### کودکان

- به کودک آموزش دهید که از دستکاری زخم، باندها یا پانسمان اجتناب کند. برای حفظ زخم از دستکاری کودک لازم است از بانداژ مناسبی استفاده شود که مزاحم فعالیت‌های روزمره کودک نگردد. در صورت عدم همکاری کودک آخرین راه حل، استفاده از محدودکننده‌های حرکتی می‌باشد.
- در صورت نگرانی کودک مراقبت از زخم را ابتدا بر روی یک عروسک نمایش دهید. به او اطمینان دهید که زخم دائمی نیست و هیچ قسمتی از بدن او از طریق زخم خارج نخواهد شد.
- از آنجائی که پوست کودکان در معرض عفونت شایع ناشی از قارچ‌ها و استافیلوکوک می‌باشد. لذا در صورت بروز هرگونه خراشیدگی یا زخم خفیف، محل باید با آب و صابون شستشو داده شده و با پانسمان استریل پوشانده شود.

1. Debridement  
 2. Eschar  
 3. Autolytic

### سالمندان

- هنگام استفاده از پانسمان شفاف، پوست چروک خورده باید کاملاً صاف شود.
- بدلیل شکنندگی پوست سالمندان، لازم است از نوار چسب کاغذی استفاده شود و در هنگام برداشتن چسب با احتیاط اقدام گردد.
- سالمندان بدلیل بی حرکتی، سوء تغذیه و بی اختیاری بیشتر از سایر گروه‌های سنی در معرض آسیب‌های پوستی قرار دارند.
- آسیب پوستی ممکن است به سرعت در ظرف ۲ ساعت رخ دهد، به این دلیل در هر بار تغییر وضعیت بیمار، لازم است از پوست وی بررسی دقیقی بعمل آید.
- در پایان هر نوبت کاری، لازم است پاشنه‌های پای بیمار بطور کامل مورد بررسی قرار گیرد.

### ملاحظات مربوط به مراقبت در منزل (مراقبت از زخم)

به فرد مراقبت‌کننده رعایت نکات ذیل را آموزش دهید:

- در صورتی که تعویض پانسمان موجب بروز درد یا ناراحتی برای بیمار می‌شود، ۳۰ دقیقه قبل از شروع کار مسکن تجویز شده را به بیمار بدهید.
- قبل از تماس با وسایل و مراقبت از زخم دست‌ها را به خوبی شسته و خشک کنید.
- سطحی صاف، تمیز و خشک را برای قرار دادن وسایل استریل مهیا کنید.
- تمام وسایل مورد نیاز را قبل از شروع در دسترس قرار دهید.
- در حین کار طبق روش آموخته شده در استریل نگهداشتن وسایل دقت کنید.
- در حین تماس با وسایل استریل دست شما تنها باید با لبه‌های آن یا پوشش بیرونی تماس پیدا کند.
- دست شما هرگز نباید با قسمت‌هایی از وسایل که با بدن بیمار تماس پیدا می‌کند برخورد کند.
- جهت جلوگیری از صدمه پوستی به جای استفاده از نوار چسب می‌توانید از نوارهای مونتگمری یا نوار چسب کاغذی استفاده کنید.
- استفاده از آب ساده به جای سرم فیزیولوژی در محیط منزل امکان‌پذیر می‌باشد.
- لزوم پوشانیدن یا محافظت از زخم در حین استحمام را یادآور شوید.
- وجود هرگونه افزایش در ترشح زخم، درد، قرمزی، افزایش تورم، یا باز شدن لبه‌های زخم را گزارش دهید.
- وسایل کثیف را در کیسه نایلونی قرار داده و طبق پیشنهاد پرستار مراقبت در منزل دور بیاندازید.

### تهیه نمونه از ترشحات زخم

۱۷.۲

### اهداف

- ❖ تعیین نوع میکروب ایجاد کننده عفونت و آنتی‌بیوتیک‌های مؤثر بر آن
- ❖ ارزیابی تأثیر درمان با آنتی‌بیوتیک



### نکات مورد بررسی

- ❖ درد در محل زخم
- ❖ علائم بالینی عفونت نظیر تب و لرز
- ❖ ظاهر زخم، مشخصه و مقدار ترشح زخم

### وسایل لازم

- ❖ دستکش یک بار مصرف
- ❖ کیسه نایلونی
- ❖ ست پانسمان استریل
- ❖ دستکش استریل
- ❖ محیط کشت استریل یا لوله آزمایش استریل
- ❖ محلول سرم فیزیولوژی استریل
- ❖ برچسب شیشه
- ❖ ورقه کامل شده آزمایشگاه

### روش کار

#### آماده سازی

- دستور پزشک را از نظر روش نمونه گیری (هوازی - بی هوازی) کنترل کنید.
- الف) میکروب های هوازی تنها در صورت وجود اکسیژن رشد یافته در نتیجه بر روی سطح زخم ها وجود دارند.
- ب) میکروب های بی هوازی تنها در صورت عدم حضور اکسیژن رشد یافته در نتیجه در زخم های عمیق و حفرات یافت می شوند.
- قبل از تهیه نمونه مشخص کنید که:
  - الف) آیا زخم قبل از نمونه برداری لازم است تمیز شود؟
  - ب) آیا از محل خاصی باید نمونه تهیه شود؟
- وسایل مورد نیاز را مهیا کنید.

### نحوه اجرا

۱. قبل از اجرای روش خود را به بیمار معرفی کنید. ضرورت انجام کار و نحوه همکاری بیمار را مشخص کنید.
- دلیل اجرای روش و نحوه استفاده از نتیجه کار را در برنامه ریزی درمان و مراقبت توضیح دهید.
۲. دست ها را بشوئید، روش های مناسب پیش گیری از عفونت را بکار بندید.
۳. خلوت بیمار را فراهم آورید.

۴. بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید، پوشش‌های محل مورد نظر را کنار بزنید.

۵. لایه‌های مرطوب خارجی پانسمان را به روش زیر بردارید:

الف) دستکش‌های یک‌بار مصرف را بپوشید.

ب) لایه‌های خارجی پانسمان را بردارید و آن را از نظر وجود ترشح بررسی کنید.

ج) پانسمان کثیف را داخل کیسه نایلونی قرار دهید، به طوری که با سطح خارجی کیسه تماس پیدا نکند.

د) به روش آموخته شده دستکش را خارج کرده داخل کیسه نایلونی قرار دهید.

ه) دست‌ها را بشویید.

۶. ست پانسمان را به روش آموخته شده باز کنید.

۷. دستکش‌های استریل را بپوشید.

۸. زخم را به روش زیر بررسی کنید:

الف) آخرین لایه پانسمان را که بر روی زخم قرار دارد با پنس استریل بردارید.

ب) وضعیت ظاهری بافت‌های محل زخم، اطراف زخم و مقدار ترشحات را بررسی کنید. عفونت ممکن است باعث قرمزی بافت‌ها و ترشح غلیظ با بوی بد شود.

ج) مقدار ترشح را از روی وسعت مرطوب شدن گاز مثلاً ۲ سانتی‌متر  $\times$  ۲ سانتی‌متر مشخص کنید.

۹. زخم را به یکی از سه روش آموخته شده تا از بین رفتن تمام ترشحات تمیز کنید. بعد از تمیز کردن زخم، گاز

استریل خشک برای جذب سرم فیزیولوژی مازاد بر روی زخم قرار دهید.

۱۰. قبل از خشک کردن زخم برای تهیه کشت هوازی به روش زیر نمونه تهیه کنید:

الف) درب لوله آزمایش را باز کنید. در صورتی که درب لاستیکی دارد آن را به طور وارونه روی سطحی تمیز و خشک قرار دهید. در صورتی که از گلوله پنبه به عنوان درب لوله استفاده شده است، بدون آلوده کردن قسمت استریل، آن را بین انگشت چهارم و پنجم دست غیر غالب خود نگهدارید.

ب) لوله آزمایش را بین انگشتان شست و سبابه دست غیر غالب خود نگهدارید و با دست دیگر اپلیکاتور را از درون لوله خارج کنید.

ج) نوک استریل اپلیکاتور را در محل بافت مورد نظر به طرف جلو و عقب بکشید. هرگز از چرک و یا ترشحات جمع شده بر روی زخم نمونه برای آزمایش تهیه نکنید. از تماس نوک اپلیکاتور با پوست سالم اطراف زخم خودداری کنید.

د) اپلیکاتور را به داخل لوله استریل وارد کنید. دقت کنید که نوک آن با سطح خارجی یا دهانه لوله تماس پیدا نکند. در صورتی که بدون دستکش استریل نمونه تهیه می‌کنید، لازم است انتهای اپلیکاتور را که در دست گرفته بودید پس از وارد کردن اپلیکاتور در لوله شکسته و دور بیاندازید.

ه) درب لوله آزمایش را محکم ببندید.

و) در صورتی که نیاز به تهیه نمونه از قسمت‌های مختلف زخم می‌باشد. لازم است هر نمونه در لوله جداگانه‌ای جمع‌آوری شود. و بر روی هر لوله محل دقیق تهیه نمونه ثبت گردد.

۱۱. در صورت نیاز مجدداً زخم را به روشی که آموخته‌اید تمیز کرده، پانسمان کنید.

۱۲. دستکش‌ها را خارج کنید.

۱۳. برچسبی شامل نام و نام خانوادگی بیمار، شماره پرونده، نام بخش، محل تهیه نمونه، ساعت و تاریخ تهیه نمونه آماده کرده و بر روی لوله آزمایش بچسبانید.
۱۴. نمونه را سریعاً به آزمایشگاه بفرستید.
۱۵. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید.
۱۶. دست‌ها را بشوید.
۱۷. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی (شامل تاریخ و زمان تهیه نمونه؛ ظاهر زخم؛ رنگ، غلظت، مقدار و بوی ترشحات؛ احساس ناراحتی بیمار) و اقدامات انجام شده در پرونده بیمار ثبت کنید.

### • تهیه نمونه از ترشحات زخم به روش بی‌هوازی

#### ۱. با استفاده از سرنگ

- الف) نوک یک سرنگ ۱۰ میلی‌لیتری (بدون سوزن) را بدخل زخم وارد کرده، به میزان ۱ تا ۵ میلی‌لیتر از ترشحات را بدخل سرنگ بکشید.
- ب) سوزن را به سرنگ متصل کرده، و هوای سرنگ را خارج کنید.
- ج) بسرعت محتویات داخل سرنگ را به محیط کشت بی‌هوازی وارد کنید و سر لوله آزمایش را محکم ببندید.

#### ۲. با استفاده از اپلیکاتور

- اپلیکاتور مخصوص تهیه کشت بی‌هوازی را پس از آغشته کردن به ترشحات زخم فوراً وارد لوله آزمایش مخصوص یا محیط ژلاتینی مخصوص کرده درب آن را محکم ببندید.
- پس از تهیه نمونه، لوله آزمایش یا محیط کشت را برچسب زده به همراه فرم درخواست فوراً به آزمایشگاه بفرستید، از نگهداری نمونه در یخچال خودداری کنید.

### نکات مورد ارزش‌یابی

- ❖ مقایسه یافته‌های مربوط به بررسی زخم و ترشحات آن با بررسی‌های قبلی جهت تعیین هرگونه تغییر
- ❖ گزارش نتایج کشت به سرپرستار
- ❖ اجرای برنامه مراقبت‌های پی‌گیری مثل تجویز آنتی‌بیوتیک یا تغییر روش مراقبت از زخم طبق تجویز پزشک

### نمونه گزارش کتبی

تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/-	۱۶/۰۰	پانسمان شکمی تعویض گردید. محل زخم با محلول سرم فیزیولوژی تمیز شد. ۲ عدد گاز ۴×۴ آغشته به ترشحات سروزی بود، لبه‌های زخم تمیز و نزدیک به هم می‌باشد. نمونه از قسمت پایین زخم تهیه گردید. در محل بریدگی و اطراف آن قرمزی وجود ندارد. ۳ عدد گاز ۴×۴ و ۲ عدد پد در محل قرار داده شد. پانسمان با باند شکمی در محل ثابت گردید. بیمار ناراحتی ندارد.
دانشجوی پرستاری مولود تبریزی		



۱۷.۳

تمیز کردن محل درن و کوتاه کردن درن پن رز<sup>۱</sup>

قبل از تمیز کردن محل درن و کوتاه کردن درن پن رز مشخص کنید:

الف) طبق مقررات مؤسسه چه کسی مجاز به کوتاه کردن درن می‌باشد.

ب) چه مقدار از طول درن باید کوتاه شود.

ج) آیا قبلاً درن کوتاه شده است، زیرا درن‌هایی که کوتاه نشده‌اند اغلب به وسیله بخیه به پوست ثابت می‌باشند که قبل از کوتاه کردن درن بخیه باید کشیده شود.

د) مشخص کنید درن در چه محلی قرار گرفته است.

ه) نوع و مقدار ترشحاتی که قبلاً در پرونده ثبت شده و بررسی‌های قبلی انجام شده در مورد ظاهر زخم چه بوده است.

## اهداف

## تمیز کردن محل درن

- ❖ تمیز کردن ترشحات موجود بر روی پوست و در نتیجه کاهش خطر تحریک پوستی
- ❖ کاهش تعداد میکروب‌های موجود و در نتیجه کاهش احتمال عفونت

## کوتاه کردن درن

- ❖ کم کردن طول درن به مقدار لازم و در نتیجه تسریع بهبودی زخم از داخل به خارج

## نکات مورد بررسی

- ❖ به روش تعویض پانسمان خشک استریل مراجعه شود.

## وسایل لازم

- ❖ ملافه
- ❖ ملافه مشمی یک بار مصرف
- ❖ کیسه نایلونی
- ❖ یک عدد ماسک برای استفاده پرستار و یک عدد ماسک برای استفاده بیمار در صورت لزوم
- ❖ دستکش یک بار مصرف
- ❖ دستکش استریل
- ❖ وسایل استریل برای تعویض پانسمان شامل:
- الف) یک عدد پنس
- ب) یک عدد هموستات<sup>۲</sup>

ج) اپلیکاتور

د) گاز به تعداد کافی

ه) قیچی بخیه در صورت لزوم

و) قیچی

ز) سنجاق قفلی

ح) کاسه استریل

ط) گلوله‌های پنبه

❖ محلول دستور داده شده

❖ چسب یا باند

## روش کار

### آماده سازی

- دستور پزشک را از نظر اجازه کوتاه کردن درن توسط پرستار و مقدار طول لوله که باید کوتاه شود کنترل کنید.
- وسایل لازم را مهیا کنید.

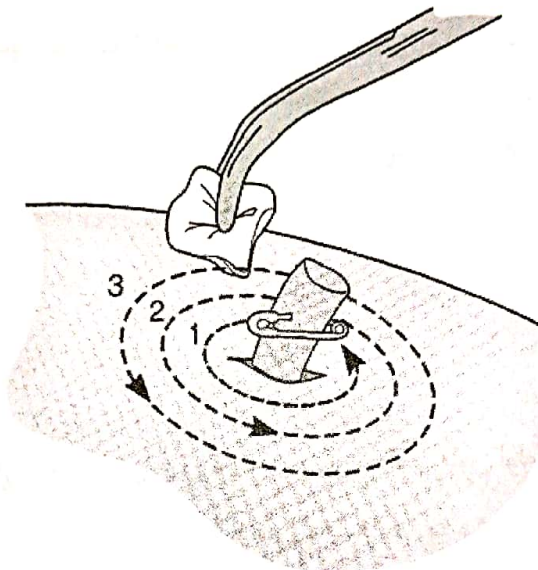
### نحوه اجرا

۱. قبل از اجرای روش خود را به بیمار معرفی کنید. او را از اقدام مورد نظر مطلع کنید. ضرورت انجام کار و نحوه همکاری بیمار را مشخص کنید.
  ۲. دست‌ها را بشوئید، روش‌های مناسب پیشگیری از عفونت را بکار بندید.
  ۳. خلوت بیمار را فراهم کنید.
  ۴. بیمار را به روش زیر آماده کنید:
- الف) به بیمار اطمینان دهید که کوتاه کردن درن دردناک نیست لیکن ممکن است برای چند ثانیه یک حالت کشیدگی در محل احساس کند.
- ب) در صورت لزوم بیمار را با ملافه بپوشانید.
- ج) بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید. محل مورد نظر را نمایان کنید. ملافه مشمی را در کنار ناحیه قرار دهید.
۵. طبق روش تعویض پانسمان خشک استریل، پانسمان‌های قبلی را برداشته، و محل بخیه‌ها را تمیز کنید.
۶. محل درن را به روش زیر تمیز و بررسی کنید:
- الف) پوست اطراف درن را با حرکات نیم‌دایره یا دایره‌ای از محل درن به طرف خارج تمیز کنید. از هر گلوله پنبه یک بار استفاده کنید. برای تمیز کردن دقیق اطراف درن می‌توانید با دست غیر غالب خود با یک هموستات درن را بالا نگهداشته و سپس با دست دیگر اطراف آن را تمیز کنید. این عمل را ادامه دهید تا کلیه ترشحات تمیز شود (تصویر ۶-۱۷).
- ب) مقدار و مشخصات ترشحات شامل بو، رنگ و غلظت آن را بررسی کنید.

۷. برای کوتاه کردن درن به روش زیر اقدام کنید:

الف) اگر درن تا به حال کوتاه نشده است، بخیه را بریده و بردارید.

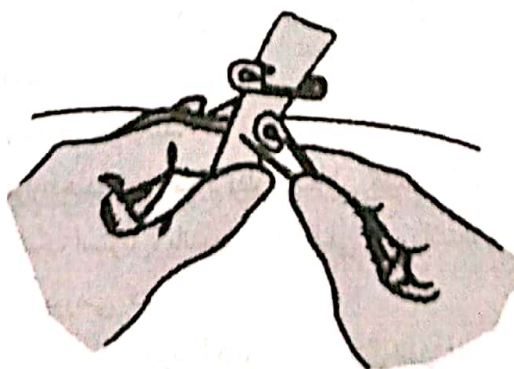
ب) با یک هموستات به طور کامل تمام عرض درن را در مجاورت پوست نگهدارید و به اندازه طول مورد نظر درن را بیرون بکشید. هموستات را بردارید.



تصویر ۱۷.۴ نحوه تمیز کردن پوست اطراف محل درن

ج) در صورتی که تا این مرحله نیازی به پوشیدن دستکش استریل نبوده است. اکنون دستکش استریل را بپوشید.

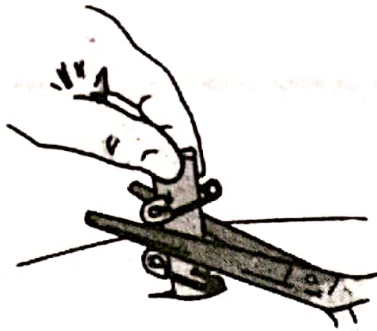
د) سنجاق قفلی را تا حد ممکن نزدیک به پوست به درن بزنید (تصویر ۱۷.۷). در این حال لازم است با یک دست محکم درن را نگهداشته و با دست دیگر سنجاق قفلی را وارد کنید.



تصویر ۱۷.۷ نحوه زدن سنجاق قفلی به درن

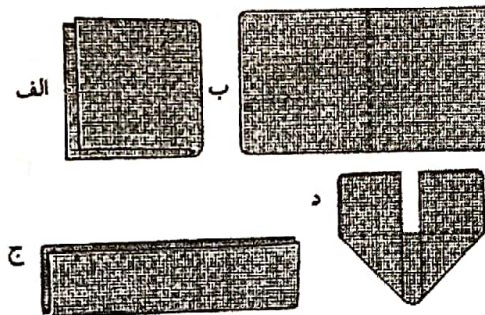
ه) با قیچی استریل قسمت اضافی درن را ببرید به طوری که ۲/۵ سانتی متر از درن بر روی پوست باقی بماند. قسمت اضافی را درون کیسه نایلونی بیاندازید (تصویر ۱۷.۸).



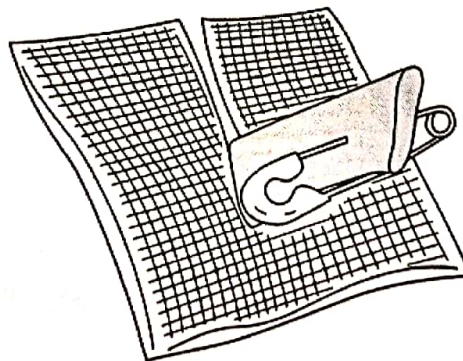


تصویر ۱۷.۸ نحوه کوتاه کردن درن

۸. محل درن را به روش زیر پانسمان کنید:  
 الف) یک گاز ۴×۴ را که به صورت ۴×۸ و سپس ۲×۸ درآورده‌اید (تصویر ۱۷.۹) و یا یک گاز بریده شده تجارتي (تصویر ۱۷.۱۰) را در اطراف درن قرار دهید.



تصویر ۱۷.۹ نحوه قرار دادن گاز در اطراف درن



تصویر ۱۷.۱۰ نحوه قرار دادن گاز بریده شده تجارتي در اطراف درن

ب) ناحیه را با پانسمان استریل بپوشانید. پانسمان رو و پایین درن باید به اندازه کافی حجیم باشد تا ترشحات اضافی را جذب کند.

ج) پد را بر روی پانسمان قرار دهید، دستکش‌ها را خارج کنید. پانسمان را در محل با چسب یا باند ثابت کنید.

۹. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید.

۱۰. دست‌ها را بشوید.

۱۱. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی و مداخلات انجام شده در پرونده بیمار یادداشت کنید.

### نکات مورد ارزش‌یابی

❖ به روش تعویض پانسمان استریل خشک مراجعه شود.

### نمونه گزارش کتبی

تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/۱۱	۱۱/۱۵	درن پن‌رژ به اندازه ۲/۵ سانتی‌متر کوتاه شد. ۳ عدد گاز ۴×۴ با ترشح زرد مایل به قهوه‌ای مرطوب شده بود. پانسمان خشک انجام شد. پوست سالم و بدون قرمزی و تحریک بود.
		پرستار ایزد بهمنی

۱۷.۴	شستشوی زخم
------	------------

### اهداف

- ❖ تمیز کردن ناحیه
- ❖ بکارگیری گرما و تسریع فرایند بهبودی
- ❖ مصرف محلول ضد میکروبی

@Parastari98B

### نکات مورد بررسی

- ❖ ظاهر و اندازه زخم
- ❖ مشخصات ترشحات
- ❖ زمان دریافت آخرین داروی مسکن و علائم بالینی عفونت عمومی
- ❖ حساسیت به ماده شستشو دهنده زخم یا نوار چسب

### وسایل لازم

- ❖ ست پانسمان استریل
- ❖ سرنگ استریل ۳۰ تا ۶۰ میلی‌لیتری همراه با یک سُنْد در اندازه مناسب (۱۸ یا ۱۹)
- ❖ کاسه استریل جهت محلول شستشو
- ❖ ریسور استریل برای مایع برگشتی
- ❖ محلول شستشو معمولاً با حجم ۲۰۰ میلی‌لیتر و با درجه حرارت ۳۲ تا ۳۷ درجه سانتی‌گراد
- ❖ دستکش استریل

- ❖ ملافه مشمی یک بار مصرف
- ❖ وسایل حفاظت شخصی در صورت لزوم
- ❖ سُنْد استریل در صورت لزوم
- ❖ دستکش یکبار مصرف

## روش کار

### آماده‌سازی

- دستور پزشک را از نظر نوع و غلظت محلول شستشو، دفعات شستشو و درجه حرارت محلول شستشو کنترل کنید.
- وسایل مورد نیاز را مهیا کنید.

### نحوه اجرا

۱. قبل از اجرای روش خود را به بیمار معرفی کنید. او را از اقدام مورد نظر مطلع کنید. ضرورت انجام کار و نحوه همکاری بیمار را مشخص کنید.
۲. دست‌ها را بشوئید، روش‌های مناسب پیشگیری از عفونت را بکار بندید.
۳. خلوت بیمار را فراهم کنید.
۴. بیمار را به روش زیر آماده کنید:
  - الف) بیمار را در وضعیتی قرار دهید که محلول شستشو با کمک نیروی ثقل از انتهای فوقانی زخم به انتهای تحتانی آن و سپس به داخل ریسور استریل جریان یابد.
  - ب) ملافه مشمی را در زیر محل مورد نظر پهن کنید.
  - ج) طبق روش پانسمان خشک استریل، پانسمان‌های قبلی را برداشته و زخم را تمیز کنید.
۵. برای شستشوی زخم به روش زیر عمل کنید:
  - الف) ریسور استریل را در قسمت پایین زخم طوری قرار دهید که محلول شستشو پس از تخلیه درون آن جریان یابد.
  - ب) با استفاده از سرنگ استریل متصل به سُنْد، محلول شستشو را درون زخم با جریانی مداوم و آرام وارد کنید. دقت کنید که تمام قسمت‌های زخم شستشو داده شود.
  - ج) سُنْد را تا حدی وارد زخم کنید که با مقاومت روبرو شوید. از وارد کردن فشار اضافی خودداری کنید.
  - د) شستشو را ادامه دهید تا زمانی که مایع برگشتی شفاف شود. یا محلول دستور داده شده به اتمام رسد.
  - ه) با استفاده از دستکش استریل یا پنس استریل و به کار بردن گاز استریل ناحیه اطراف زخم را خشک کنید.
  ۶. ظاهر زخم را بررسی کنید، به نوع و مقدار ترشحات و وجود و وسعت بافت جدید توجه کنید.
  ۷. با استفاده از روش پانسمان استریل خشک، زخم را با پانسمان استریل بپوشانید.
  ۸. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید.
  ۹. دست‌ها را بشوئید.



۱۰. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، شستشوی زخم، محلول مورد استفاده، ظاهر مایع برگشتی در پرونده بیمار یادداشت کنید. به وجود هرگونه ترشح و بافت در حال جدا شدن<sup>۱</sup> توجه کنید.

### نکات مورد ارزش‌یابی

- ❖ اجرای برنامه مراقبت‌های پی‌گیری بر اساس یافته‌های غیر طبیعی و یا یافته‌های طبیعی. تعیین ارتباط بین یافته‌های اخیر با اطلاعات قبلی قابل دسترس
- ❖ گزارش موارد مهم انحراف از طبیعی به سرپرستار

### نمونه گزارش کتبی

تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/-	۰۹/۰۰	زخم باز شکم با سرم فیزیولوژی استریل با استفاده از سرنگ شستشو داده شد. مایع برگشتی شفاف بود، محل باز زخم در حدود ۵×۲/۵ سانتی‌متر و به رنگ صورتی می‌باشد. ترشح چرکی وجود نداشت. پانسمان با گاز وازلین استریل انجام شد. پرستار افسانه نیری

۱۷.۵	برقراری یک سیستم بسته تخلیه ترشحات زخم
------	--

### اهداف

- ❖ تسریع فرایند بهبودی به وسیله بیرون کشیدن ترشحات اضافی که موجب اختلال در بهبود زخم می‌گردد.
- ❖ برقراری و تداوم تخلیه ترشحات زخم

### نکات مورد بررسی

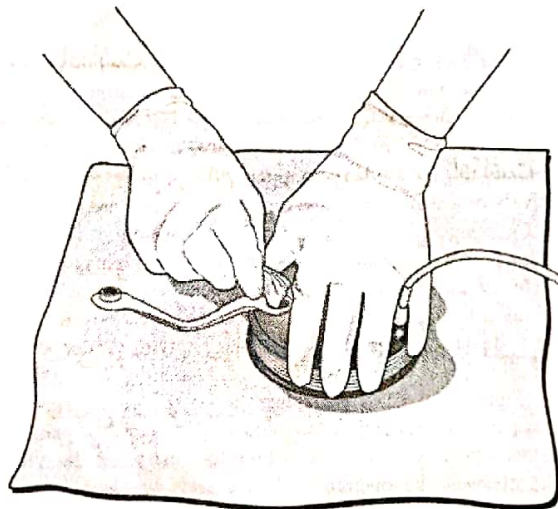
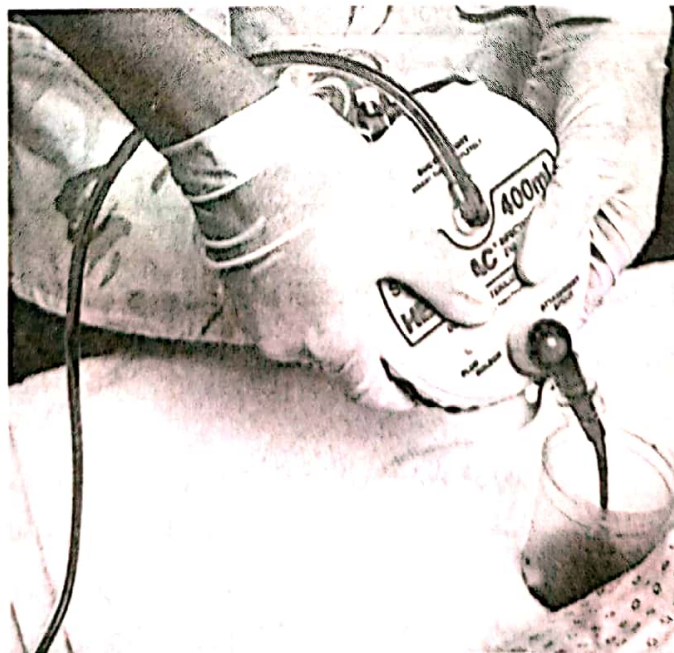
- ❖ مقدار، رنگ، غلظت، شفافیت و بوی ترشحات
- ❖ احساس ناراحتی در اطراف درن
- ❖ علائم بالینی مربوط به عفونت (نظیر افزایش درجه حرارت بدن)

### وسایل لازم

- ❖ دستکش یک بار مصرف
- ❖ ریسور
- ❖ ظرف مدرج
- ❖ پنبه آغشته به محلول ضدعفونی کننده

## روش کار

۱. چنانچه عمل تخلیه ترشحات انجام نمی‌شود به روش زیر با ایجاد خلاء آن را شروع کنید:
- الف) کیسه تخلیه کننده را روی یک سطح صاف و سخت قرار داده، دستکش‌های یک بار مصرف را بپوشید.
- ب) بدون آلوده کردن داخل کیسه تخلیه کننده، دریچه آن را باز کنید.
- ج) با یک دست کیسه را به طرف پایین روی هم فشار دهید تا هوای آن کاملاً خارج شود. با دست دیگر دهانه کیسه را با پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده تمیز کنید. سپس دریچه آن را ببندید تا خلاء ایجاد شده حفظ شود (تصویر الف ۱۷.۱۱).

تصویر الف ۱۷.۱۱ نحوه فشردن کیسه تخلیه کننده ترشحات (هموواک)<sup>۱</sup>

تصویر ب ۱۷.۱۱ نحوه تخلیه ترشحات

۲. برای خالی کردن محتویات کیسه تخلیه کننده به روش زیر عمل کنید:
- (الف) زمانی که میزان ترشحات به علامت پُر رسید، دستکش‌های یک بار مصرف را بپوشید و دریچه کیسه تخلیه کننده را باز کنید.
- (ب) کیسه را وارونه کنید و محتویات آن را درون ریسور خالی کنید (تصویر ب ۱۱. ۱۷).
- (ج) مجدداً به منظور ایجاد خلاء برای تداوم عمل تخلیه، به روش آموخته شده عمل کنید.
- (د) با استفاده از ظرف مدرج میزان ترشحات را اندازه‌گیری و به مشخصات آن توجه کنید.
۳. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید.
۴. دست‌ها را بشویید.
۵. اطلاعات خود را در پرونده بیمار یادداشت کنید.
- (الف) زمان خالی کردن کیسه تخلیه کننده را در پرونده بیمار ثبت و نکات مورد بررسی را یادداشت کنید.
- (ب) مقدار و نوع ترشحات را در برگه جذب و دفع بیمار و پرونده وی یادداشت کنید.

### نکات مورد ارزش‌یابی

- ❖ اجرای برنامه مراقبت‌های پی‌گیری بر اساس موارد طبیعی و انحراف از طبیعی
- ❖ گزارش موارد مهم انحراف از طبیعی به سرپرستار

### نمونه گزارش کتبی

تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/-	۱۱/۰۰	هموواک تخلیه شد. ۲۰ میلی لیتر ترشح قرمز پررنگ وجود داشت. عمل تخلیه برقرار شد. بیمار احساس ناراحتی نداشت. پانسمان خشک انجام شد.
پرستار اکرم امامی		

### ملاحظات مربوط به مراقبت در منزل (مراقبت از زخم و بررسی ترشحات)

پرستار می‌بایستی در طی ملاقات در منزل، نکات مربوط به مراقبت از زخم و بررسی ترشحات را به بیمار و یا فرد مراقبت‌دهنده آموزش دهد:

- نحوه تخلیه، اندازه‌گیری و ثبت میزان ترشحات حداقل یک بار در روز
- چگونگی مشاهده روزانه زخم از نظر علائم عفونت مانند قرمزی، تورم، حساسیت در لمس، یا وجود ترشحات چرکی
- کنترل درجه حرارت بدن بیمار ۲ بار در روز
- اطمینان از وجود امکانات ضروری در منزل
- اطلاع‌رسانی به پزشک در مورد افزایش میزان ترشح، علائم عفونت، یا انسداد لوله
- تعیین زمان برداشتن لوله با نظر پزشک و مراجعه در موعد مقرر



۱۷.۶	برداشتن بخیه‌های پوست <sup>۱</sup>
------	------------------------------------

قبل از برداشتن بخیه‌های پوست مشخص کنید:

الف) دستور پزشک برای برداشتن بخیه‌ها (اکثر اوقات بخیه‌ها به طور متناوب برداشته می‌شوند و بخیه‌های باقیمانده ۱ تا ۲ روز دیرتر برداشته می‌شوند) چگونه است؟

ب) بعد از برداشتن بخیه‌ها آیا انجام پانسمان ضروری می‌باشد؟ برخی پزشکان انجام پانسمان را لازم نمی‌دانند، اما برخی دیگر انجام یک پانسمان سبک و کوچک را برای پیشگیری از سایش محل بخیه با لباس توصیه می‌کنند.

### نکات مورد بررسی

- ❖ ظاهر خط بخیه
- ❖ عوامل ممنوع کننده برداشتن بخیه‌ها (بسته نشدن کامل زخم، التهاب، وجود ترشح)

### وسایل لازم

- ❖ کیسه نایلونی
- ❖ دستکش استریل
- ❖ دستکش یک‌بار مصرف
- ❖ ست پانسمان استریل
- ❖ قیچی بخیه استریل
- ❖ نوارچسب پروانه‌ای استریل در صورت لزوم یا تنسوپلاست
- ❖ گاز و پد استریل
- ❖ نوار چسب
- ❖ ملافه مشمی یک بار مصرف در صورت لزوم

### روش کار

#### آماده‌سازی

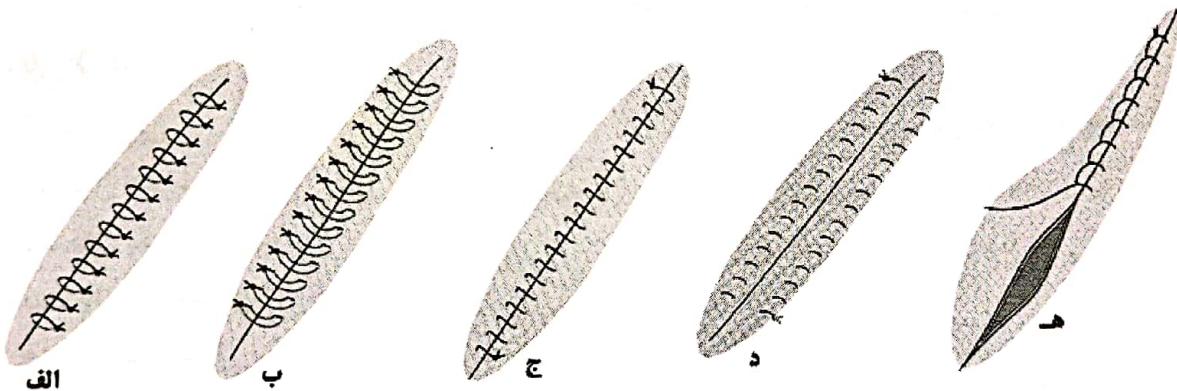
- دستور پزشک را بدقت کنترل کنید.
- وسایل لازم را مهیا کنید.

### نحوه اجرا

۱. بیمار را به روش زیر آماده کنید:
- الف) برنامه مورد نظر را به اطلاع بیمار برسانید و یادآور شوید که برداشتن بخیه‌ها ناراحتی کمی مثل کشیدگی یا نیش‌خوردگی به وجود می‌آورد لیکن نباید دردناک باشد.

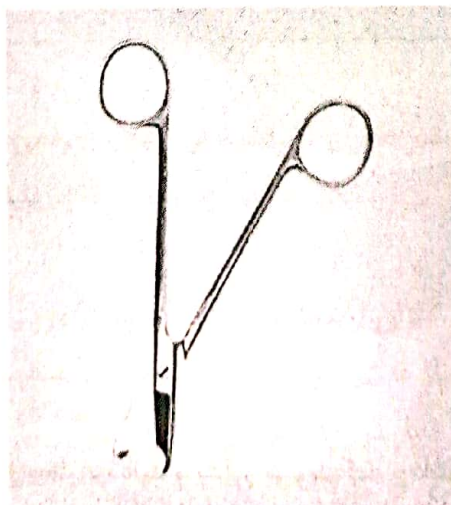
- ب) خلوت بیمار را فراهم آورید.  
 ج) او را در وضعیت راحتی قرار دهید.  
 د) محل مورد نظر را نمایان کنید.  
 ه) ملافه مشمی را در زیر محل قرار دهید.  
 ۲. مانند روش پانسمان استریل خشک، لایه خارجی و زیرین پانسمان را بردارید.  
 ۳. در صورتی که دستکش استریل نپوشیده بودید، اینک بپوشید.  
 ۴. خط بخیه را با محلول ضد عفونی کننده تمیز کنید.  
 ۵. بسته به نوع بخیه نسبت به کشیدن آن اقدام کنید (تصویر ۱۷.۱۲).

• چنانچه بخیه‌ها از نوع منقطع ساده<sup>۱</sup> می‌باشد به صورت زیر عمل کنید:  
 الف) بخیه را در محل گره با پنس بگیرد.

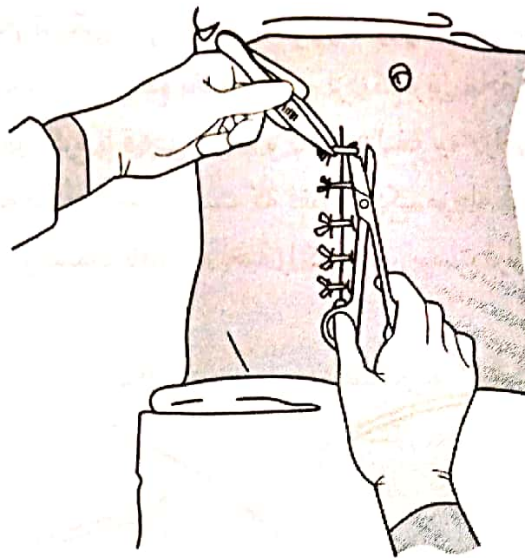


تصویر ۱۷.۱۲ انواع متداول بخیه‌ها: الف: منقطع ساده؛ ب: منقطع تشکی؛ ج: ممتد ساده؛ د: ممتد تشکی؛ ه: ممتد پتویی

ب) نوک گرد قیچی بخیه (تصویر ۱۷.۱۳) را در زیر بخیه نزدیک به پوست در نقطه مقابل گره بخیه وارد کنید (تصویر ۱۷.۱۴)، بخیه را بچینید.



تصویر ۱۷.۱۳ قیچی بخیه



تصویر ۱۴. ۱۷ نحوه بریدن و برداشتن بخیه منقطع ساده از روی پوست

ج) با پنس بخیه را یک جا از پوست بیرون بکشید. دقت کنید که تمام بخیه خارج شده باشد.  
 د) بخیه خارج شده را روی یک تکه گاز استریل قرار دهید. در صورت چسبیدن بخیه به نوک پنس با مالیدن نوک پنس بر روی گاز آن را جدا کنید.  
 ه) برای برداشتن بخیه‌ها به طور یک در میان، بخیه‌های سوم، پنجم، هفتم و ... را بردارید. در صورتی که لازم بود کلیه بخیه‌ها هم زمان برداشته شوند و چنانچه مشکلی با برداشتن سری اول بخیه‌ها ایجاد نشد. بقیه بخیه‌های باقیمانده را نیز بردارید. اما در صورت بروز مشکل به پرستار مسئول گزارش دهید.  
 و) در صورتی که قسمت کوچکی از خط بخیه التیام نیافته از چسب پروانه‌ای استریل یا تنسوپلاست به روش زیر استفاده کنید (تصویر ۱۵. ۱۷):



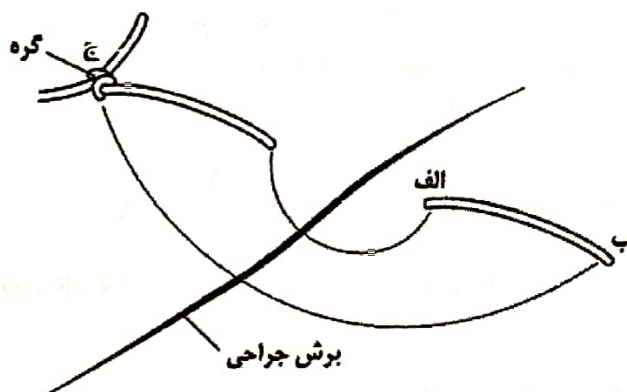
تصویر ۱۵. ۱۷ نوار چسب پروانه‌ای

۱. چسب را به یک طرف بخیه بچسبانید.
  ۲. لبه‌های زخم را به هم فشار دهید.
  ۳. سمت دیگر چسب را به طرف دیگر بخیه بچسبانید.
- ز) چنانچه قسمت بزرگی از خط بخیه التیام نیافته است گاز استریل بر روی آن قرار دهید و فوراً به پرستار یا پزشک اطلاع دهید.



• چنانچه بخیه‌ها از نوع منقطع تشکی<sup>۱</sup> می‌باشند به صورت زیر عمل کنید:

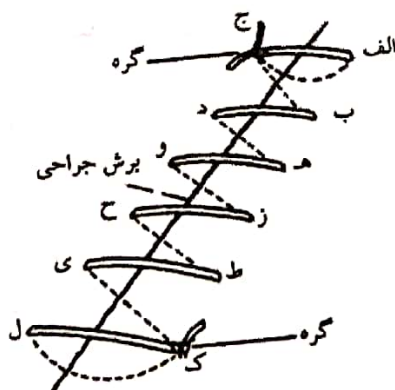
الف) در صورت امکان قسمت قابل مشاهده بخیه‌ها را در نزدیک‌ترین محل به پوست در محل «الف و ب» (تصویر ۱۶.۱۷) در نقطه مقابل گره با قیچی ببرید. و قطعه «الف ب» را از روی پوست بردارید. در برخی مواقع قسمت قابل مشاهده به قدری کوچک است که فقط در یک مرحله قابل بردن می‌باشد. ب) گره «ج» را با پنس بگیرید و قسمت باقیمانده بخیه را که در زیر پوست قرار دارد در جهت گره بیرون بکشید.



تصویر ۱۶.۱۷ بخیه از نوع منقطع تشکی

• چنانچه بخیه‌ها از نوع ممتد ساده<sup>۲</sup> می‌باشند به صورت زیر عمل کنید:

الف) نخ اولین بخیه را در نقطه مقابل گره در محل «الف» طبق تصویر ۱۷.۱۷ ببرید. سپس نخ بخیه دوم را در همان طرف در محل «ب» ببرید.



تصویر ۱۷.۱۷ بخیه از نوع ممتد ساده

ب) با پنس گره «ج» را گرفته و بخیه را بیرون بکشید. این عمل باعث بیرون کشیده شدن اولین بخیه و تکه نخ زیر پوست که به دومین بخیه متصل است می‌شود. بخیه را دور بیاندازید. ج) قسمت قابل مشاهده بخیه دوم را در محل «د» بچینید و تکه «ب د» را دور بیاندازید.

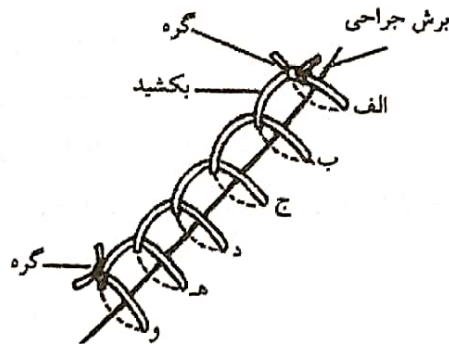
1. Mattress interrupted  
2. Plain Continuous

(د) بخیه را در محل «ه» با پنس گرفته و قطعه بین «د ه» را بیرون بکشید.  
 (ه) محل قابل مشاهده بخیه را در نقطه «و» بریده و قطعه «ه و» را از روی پوست بردارید.  
 (و) دو مرحله فوق را از نقطه «ز» تا «ی» تکرار کنید دقت کنید که پس از برداشتن اولین بخیه، همواره بقیه بخیه‌ها در همان سمت گره اولیه چیده می‌شوند.  
 (ز) آخرین بخیه را در نقطه «ل» ببرید و آن را در نقطه «ک» با پنس گرفته و بیرون بکشید.

• چنانچه بخیه‌ها از نوع ممتد پتویی<sup>۱</sup> می‌باشند به صورت زیر اقدام کنید:

(الف) بخیه‌ها را در طرف مقابل حلقه‌های تشکیل شده بر روی پوست به ترتیب از «الف» تا «و» ببرید.  
 (تصویر ۱۷. ۱۸).

(ب) هر بخیه را از محل حلقه‌های مشهود بر روی پوست بیرون بکشید.



تصویر ۱۷. ۱۸ بخیه از نوع ممتد پتویی

• چنانچه بخیه‌ها از نوع ممتد تشکی<sup>۲</sup> می‌باشند به صورت زیر اقدام کنید:

(الف) بخیه مشهود بر روی پوست را در جهت مقابل گره در نقاط «الف و ب» طبق تصویر ۱۷. ۱۹ بچینید.  
 بخیه بعدی زیر همین قسمت را در نقاط «ج و د» بچینید. قسمت «الف ب» و «ج و د» را برداشته و دور بیندازید.

(ب) اولین گره را در ناحیه «ه» با پنس گرفته و بیرون بکشید.

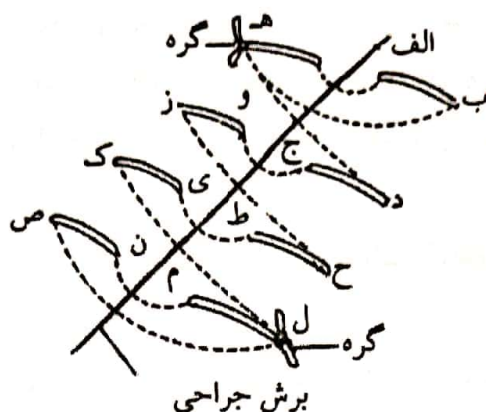
(ج) بخیه دوم را از ناحیه «و» با پنس گرفته قسمت «و ج» را از زیر پوست بیرون بکشید. قسمت «ز» را بچینید و این قسمت را دور بیندازید.

(د) بخیه بعدی را از ناحیه «ح» با پنس گرفته قسمت «ح ز» را از زیر پوست بیرون بیاورید سپس بخیه را در نقطه «ط» ببرید و این قطعه را دور بیندازید.

(ه) بخیه را در ناحیه «ی» با پنس گرفته، قطعه «ی ط» را از زیر پوست بیرون بکشید. سپس بخیه را در ناحیه «ک» ببرید و این قطعه را دور بیندازید.

1. Blanket continuous

2. Mattress continuous



تصویر ۱۷.۱۹ بخیه از نوع ممتد تشکی

- و) چنانچه بخیه‌ها ادامه داشت به همان صورت فوق تا رسیدن به آخرین بخیه ادامه دهید.
- ز) آخرین بخیه را در نقاط «ن» و «ص» بریده، این تکه را دور بیاندازید سپس آخرین گره را در نقطه «ل» با پنس گرفته و آخرین بخیه را بیرون بکشید.
- ح) خط بخیه را به روش زیر تمیز کرده و بپوشانید:
- الف) مجدداً خط بخیه را با محلول ضد عفونی کننده تمیز کنید.
- ب) پانسمان کوچک و سبکی با استفاده از ۱ تا ۲ گاز استریل در محل قرار دهید.
۷. دستکش‌ها را خارج کنید.
۸. به بیمار در مورد مراقبت از زخم آموزش دهید:
- الف) اگر زخم خشک بوده و بهبودی یافته است بیمار می‌تواند طی ۱ تا ۲ روز آینده از حمام دوش استفاده کند.
- ب) در صورت وجود ترشح در محل بخیه‌ها، پزشک را مطلع کنید.
۹. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید.
۱۰. دست‌ها را بشوید.
۱۱. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، تعداد بخیه‌های برداشته شده، ظاهر خط بخیه، استفاده از پانسمان، آموزش بیمار و نکات مورد ارزش‌یابی در پرونده بیمار یادداشت کنید.

### نکات مورد ارزش‌یابی

- ❖ اجرای برنامه‌های مراقبت پی‌گیری در رابطه با وضعیت خط بخیه و وجود هر گونه ترشح یا جدا شدن لبه‌های زخم
- ❖ گزارش موارد مهم انحراف از طبیعی به سرپرستار

### نمونه گزارش کتبی

گزارش پرستار	ساعت	تاریخ
کلیه بخیه‌های منقطع ساده شکمی برداشته شد. هیچ‌گونه علامت التهاب یا جدا شدن لبه‌های زخم وجود نداشت. پانسمان انجام شد.	۱۰/۰۰	۹۳/-/-

دانشجوی پرستاری مینو طالبی



### ملاحظات مربوط به مراقبت در منزل (برداشتن بخیه‌ها)

- آموزش به بیمار جهت مشاهده روزانه خط بخیه و اطلاع به پرستار مراقبت در منزل در صورت بروز قرمزی، ترشح، یا باز شدن لبه‌های زخم
- ارائه راهنمایی‌های لازم و تدارک وسایل ضروری برای مراقبت از خط بخیه، آموزش در مورد زمان مناسب جهت گرفتن دوش برای اولین بار
- بررسی توانائی بیمار برای تمیز نگهداشتن خط بخیه و محافظت از آن

۱۷.۷	استفاده از انواع باندها <sup>۱</sup>
------	--------------------------------------

#### اهداف

- ❖ ثابت نگهداشتن قسمتی از بدن
- ❖ ایجاد فشار بر روی قسمتی از بدن
- ❖ پیشگیری یا کاهش تورم
- ❖ ثابت نگهداشتن پانسمان

#### نکات مورد بررسی

- ❖ وضعیت قسمتی از بدن که لازم است با باند پوشیده شود (وجود تورم، تغییر رنگ پوست، صدمات پوستی یا هرگونه ناراحتی)
- ❖ وضعیت پانسمان (نوع و مقدار ترشح)
- ❖ توانائی‌های بیمار در رابطه با انجام فعالیت‌های روزمره زندگی (غذاخوردن، لباس پوشیدن و...) و تعیین کمک مورد نیاز
- ❖ میزان انبساط قفسه سینه و سرعت تنفس‌ها در صورت استفاده از باند شکمی یا باند قفسه سینه
- ❖ نیازهای آموزشی بیمار در مورد بستن باند
- ❖ کفایت گردش خون (حس، رنگ و گرمای پوست)

#### وسایل لازم

- ❖ باند مناسب
- ❖ پد
- ❖ سنجاق قفلی یا نوار چسب

#### روش کار

##### آماده‌سازی

- دستور پزشک را کنترل کنید.
- وسایل مورد نیاز را مهیا کنید.

## نحوه اجرا

۱. بیمار را آماده کنید:

الف) دقت کنید پوست ناحیه مورد نظر تمیز و خشک باشد.

ب) بیمار را در یک وضعیت مناسب (خوابیده یا نشسته) بسته به نوع باند مورد استفاده قرار دهید. تکیه‌گاه لازم را برای ناحیه مورد نظر فراهم کنید.

۲. باند را مورد استفاده قرار دهید:

### • در صورت استفاده از باند سه‌گوش برای بازو<sup>۱</sup> به روش زیر اقدام کنید:

الف) از بیمار بخواهید که آرنج خود را در یک زاویه ۸۰ درجه یا کمتر بسته به هدف از استعمال باند خم کند، در این حال شست باید به طرف بالا یا به طرف داخل، رو به بدن باشد.

ب) یک انتهای باند سه‌گوش را از روی شانه قسمت سالم عبور دهید به طوری که باند در قسمت جلوی سینه قرار گرفته و رأس سه‌گوش در زیر آرنج دست صدمه دیده قرار گیرد.

ج) گوشه بالایی باند سه‌گوش را با دست گرفته، آن را از پشت گردن بیمار عبور داده به طرف دیگر گردن روی شانه طرف صدمه دیده بیاورید.

د) گوشه پایینی باند سه‌گوش را از روی بازو عبور داده و آن را به طرف شانه قسمت صدمه دیده بیاورید.

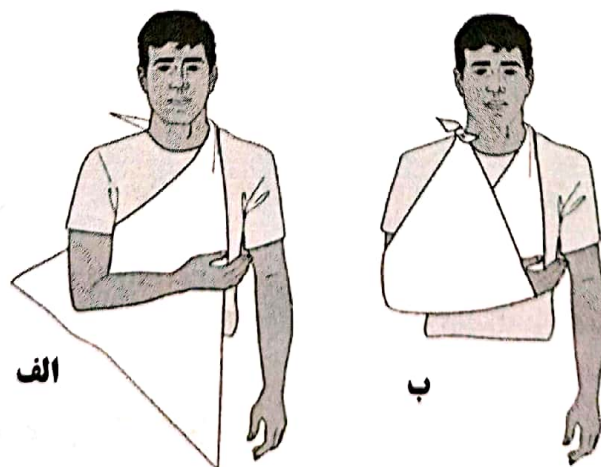
ه) این دو گوشه را در کنار گردن به هم گره بزنید تا از صدمه به ستون مهره‌ها جلوگیری شود.

و) اطمینان حاصل کنید که مچ دست و ساعد در وضعیت مناسب حمایت شده است.

ز) گوشه باند سه‌گوش را که در کنار آرنج قرار گرفته است به طرف رو آورده به طور منظم و مرتب تا کرده با سنجاق قفلی یا نواریچسب ثابت کنید (تصویر ۱۷.۲۰).

ح) لازم است به طور دوره‌ای باند سه‌گوش را باز کرده وضعیت پوست را از نظر وجود هر گونه تحریک، بخصوص در ناحیه گره بررسی کنید.

ط) در صورت استفاده از باند تجارتي برای حفاظت بازو، به دستور کارخانه سازنده توجه کنید.



تصویر ۱۷.۲۰ باند سه‌گوش بازویی

- در صورت استفاده از باند شکمی یکسره<sup>۱</sup> به روش زیر اقدام کنید:  
 الف) از بیمار بخواهید در وضعیت به پشت خوابیده قرار گیرد. باند شکمی را در زیر بدن بیمار به طور صاف قرار دهید. به طوری که لبه بالایی آن در حد کمر قرار گرفته و لبه پایینی در سطح چین باسن قرار بگیرد.  
 ب) در صورت لاغر بودن بیمار بر روی تاج خاصره پد قرار دهید.  
 ج) باند شکمی را از دو طرف بدن بیمار بر روی شکم آورده آن‌ها را روی هم قرار داده و با سنجاق قفلی یا کلیپس از بالا به پایین طبق تصویر ۱۷.۲۱ ثابت کنید. دقت کنید در صورت استفاده از سنجاق قفلی اولین سنجاق قفلی بالا به صورت افقی و بقیه به صورت عمودی به کار رود. برخی باندهای شکمی دارای نوارچسب مخصوصی هستند که جهت ثابت کردن مورد استفاده قرار می‌گیرد.



تصویر ۱۷.۲۱ نحوه استفاده از باند شکمی یکسره

- ۳. آسایش بیمار را برقرار کنید بدین منظور اطمینان حاصل کنید که هیچگونه چین خوردگی یا چروک بر روی بدن ایجاد نشود.
- ۴. اطلاعات خود را در پرونده بیمار یادداشت کنید:
- مقررات مؤسسات مختلف در مورد ثبت استفاده از باند متفاوت می‌باشد. معمولاً استفاده از باند برای ثابت نگه داشتن پانسمان در پرونده ثبت نمی‌شود. در حالی که استفاده از باند سه‌گوش یا باند شکمی ممکن است به همراه یافته‌های حاصل از بررسی در پرونده ثبت شود.

۱۷.۸	بانداز کردن <sup>۲</sup>
------	--------------------------

قبل از انجام بانداز به نکات ذیل توجه کنید:

- ۱. در صورت امکان اندام‌های بدن لازم است در وضعیت طبیعی بانداز شوند بدین صورت که مفاصل باید کمی حالت خمیده داشته باشند.

1. Straight abdominal Binder  
 2. Bandaging



۲. بین سطوح پوست و روی برجستگی‌های استخوانی برای پیشگیری از اصطکاک بانداژ لازم است از پد استفاده شود.
۳. همواره در بانداژ اندام‌های بدن لازم است از قسمت انتهایی به قسمت ابتدایی عضو بانداژ انجام شود.
۴. هنگام بانداژ باید دقت کرد فشار ایجاد شده موجب اختلال گردش خون نگردد.
۵. در صورت امکان قسمت انتهایی عضو بانداژ شده (مثلاً شست پا) باید باز نگهداشته شود تا امکان بررسی کفایت گردش خون فراهم گردد.
۶. در صورت وجود پانسمان، بانداژ باید حداقل ۵ سانتی‌متر فراتر از لبه‌های پانسمان انجام شود.
۷. در هنگام بانداژ روبروی بیمار قرار گیرید تا فشاری یکنواخت و مسیری مناسب در انجام بانداژ داشته باشید.

### اهداف

- ❖ برقراری آسایش
- ❖ پیشگیری از صدمه بیشتر
- ❖ تسریع بهبودی

### نکات مورد بررسی

- ❖ وضعیت پوست ناحیه‌ای که لازم است بانداژ شود
- ❖ وجود زخم باز
- ❖ کفایت گردش خون ناحیه
- ❖ میزان درد

### وسایل لازم

- ❖ بانداژ تمیز در اندازه و نوع مناسب
- ❖ پد یا گاز
- ❖ چسب، کلیپس مخصوص یا سنجاق قفلی
- ❖ دستکش در صورت لزوم

### روش کار

#### آماده‌سازی

- دستور پزشک را کنترل کنید.
- وسایل لازم را مهیا کنید.

### نحوه اجرا

۱. بیمار را به روش زیر آماده نموده او را در وضعیت مناسب قرار دهید:
- الف) بیمار را روی صندلی یا تخت قرار داده برای ناحیه‌ای که قرار است بانداژ شود تکیه‌گاهی فراهم کنید مثلاً دست بیمار را بر روی یک میز تکیه دهید تا به راحتی بتوانید از هر دو دست خود برای بانداژ کردن استفاده کنید.

ب) از تمیز و خشک بودن ناحیه‌ای که قرار است بانداز شود اطمینان حاصل کنید. در صورت لزوم ناحیه را شسته و خشک کنید. در صورت نیاز دستکش بپوشید.

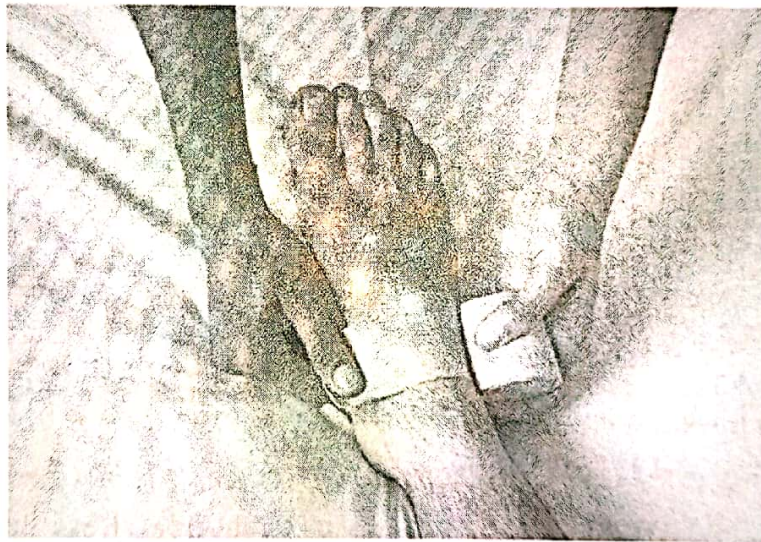
ج) در صورت بانداز کردن مفصل، آن را کمی در حالت خمیده قرار دهید. مگر آنکه مجاز نباشد.

۲. عضو را بانداز کنید:

• برای بانداز کردن به روش حلقوی ساده<sup>۱</sup> به صورت زیر اقدام کنید:

الف) باند را در دست غالب خود نگهدارید، به طوری که قسمت لوله شده باند به طرف بالا قرار گیرد سپس اجازه دهید در حدود ۸ سانتی‌متر از ابتدای آن باز شود.

ب) انتهای باز شده باند را روی ناحیه مورد نظر قرار داده و آن را با شست دست غیر غالب خود ثابت نگهدارید (تصویر ۱۷.۲۲).



تصویر ۱۷.۲۲ شروع بانداز به روش حلقوی ساده

ج) با حرکت دورانی منظم چندین لایه باند (بر حسب نیاز) را به روی عضو مورد نظر به صورتی بپیچید که هر لایه،  $\frac{1}{2}$  تا  $\frac{2}{3}$  از لایه قبلی را بپوشاند.

د) بانداز باید محکم بسته شود، لیکن گردش خون ناحیه نباید مختل شود. از بیمار در مورد احساس راحت بودن سؤال کنید.

ه) انتهای باند را به کمک نوار چسب، کلیپس مخصوص یا سنجاق قفلی ثابت کنید.

• برای بانداز کردن به روش مارپیچ ساده<sup>۲</sup> به صورت زیر اقدام کنید:

الف) ناحیه مورد نظر را دو دور به صورت حلقوی ساده بانداز کنید.

ب) برای انجام مارپیچ ساده با زاویه ۳۰ درجه، لایه‌های باند را طوری بپیچید که هر لایه  $\frac{2}{3}$  لایه قبلی را بپوشاند (تصویر ۱۷.۲۳).

1. Circular Turns
2. Spiral turns



- ج) در انتها مجدداً دو دور به صورت حلقوی ساده بانداز کنید.
- د) انتهای باند را به کمک نوار چسب، کلیپس مخصوص یا سنجاق قفلی در محل ثابت کنید.



تصویر ۱۷.۲۳ بانداز ماریچ ساده

• برای بانداز کردن به روش ماریچ معکوس<sup>۱</sup> به صورت زیر اقدام کنید:

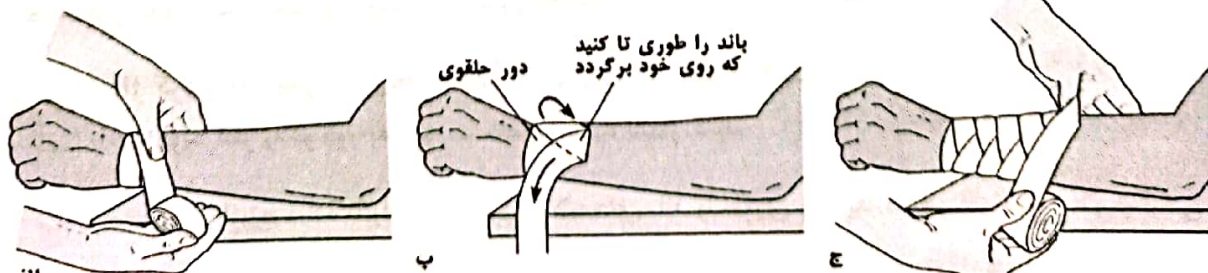
الف) ناحیه موردنظر را دو دور به صورت حلقوی ساده بانداز کنید. سپس انتهای باند را با زاویه ۳۰ درجه بالا بیاورید.

ب) شست دست آزاد خود را روی لبه بالایی باند قرار دهید (تصویر الف ۱۷.۲۴).

ج) باند را در حدود ۱۵ سانتی‌متر باز کنید، سپس دست خود را طوری بچرخانید که باند روی خود برگردد (تصویر ب ۱۷.۲۴)

د) به بانداز کردن عضو به همین ترتیب ادامه دهید به طوری که هر لایه جدید  $\frac{2}{3}$  عرض لایه قبلی را بپوشاند (تصویر ج ۱۷.۲۴).

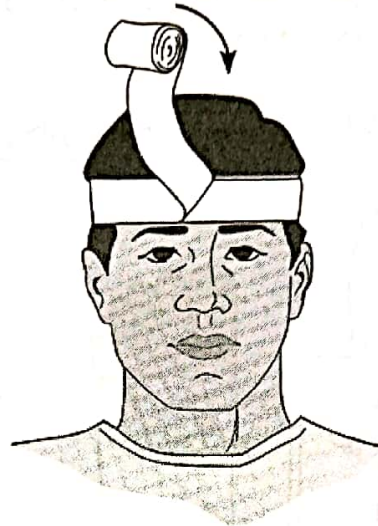
ه) بانداز را با دو دور حلقوی ساده تمام کرده و آن را ثابت کنید.



تصویر ۱۷.۲۴ مراحل بانداز ماریچ معکوس

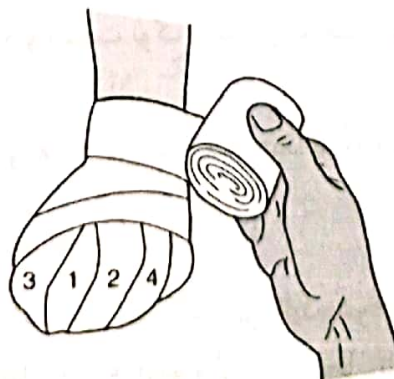


- برای بانداژ کردن به روش برگشتی<sup>۱</sup> به صورت زیر اقدام کنید:  
 الف) بانداژ را با دو دور حلقوی شروع کنید.  
 ب) باند را روی خودش برگردانیده، از مرکز ابتدای قسمتی که قرار است بانداژ شود، به مرکز انتهای قسمتی که قرار است بانداژ شود ببرید (تصویر ۱۷.۲۵).



تصویر ۱۷.۲۵ شروع بانداژ به روش برگشتی

- ج) در حالی که آن را با دست دیگر نگهداشته‌اید، باند را بر روی خودش برگردانیده در طرف راست بانداژ مرکزی، از قسمت انتها به طرف ابتدا بیاورید به طوری که  $\frac{2}{3}$  عرض لایه مرکزی را بپوشاند.
- د) مجدداً باند را برگردانیده این بار در طرف چپ بانداژ مرکزی، آن را از ابتدا به طرف انتها ببرید. به طوری که  $\frac{2}{3}$  عرض لایه مرکزی را بپوشاند.
- ه) بانداژ را به همین ترتیب در طرفین بانداژ مرکزی ادامه دهید تا ناحیه مورد نظر کاملاً پوشانده شود.
- و) با دو دور حلقوی ساده بانداژ را تمام کرده و آن را ثابت کنید (تصویر ۱۷.۲۶).



تصویر ۱۷.۲۶ تمام کردن بانداژ به روش برگشتی

• برای بانداژ کردن به شکل ۸<sup>۱</sup> به صورت زیر اقدام کنید:

الف) بانداژ را با دو دور حلقوی ساده بر روی مفصل شروع کنید.

ب) باند را در بالا، دور و سپس پایین مفصل به شکل ۸ بیچید (تصویر ۱۷.۲۷).

ج) به همین ترتیب بانداژ را در بالا و پایین مفصل ادامه دهید. به طوری که هر لایه جدید  $\frac{2}{3}$  عرض لایه

قبلی را بپوشاند.

د) بانداژ را در بالای مفصل با دو دور حلقوی تمام کرده سپس آن را ثابت کنید.



تصویر ۱۷.۲۷ بانداژ به روش ۸

• برای بانداژ کردن شست<sup>۲</sup> به روش زیر اقدام کنید:

الف) بانداژ را با دو دور حلقوی در اطراف مچ شروع کنید.

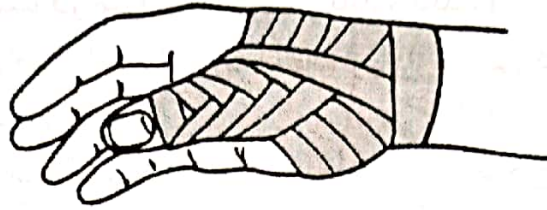
ب) سر باند را به طرف پایین آورده و قسمت نوک شست را به طور دورانی بانداژ کنید. در صورت امکان نوک شست بیرون گذارده شود.

ج) باند را به طرف بالا برگردانیده و به دور مچ بیچید. مجدداً به طرف پایین برگردانیده و شست را بانداژ کنید به طوری که هر لایه جدید  $\frac{2}{3}$  عرض لایه قبلی را بپوشاند.

د) دو مرحله قبلی را تکرار کنید تا شست به طور کامل پوشانیده شود (تصویر ۱۷.۲۸).

ه) با دو دور حلقوی به دور مچ، بانداژ را تمام کرده و آن را در محل ثابت کنید.

1. Figure-eight turns
2. Thumb Spica



تصویر ۱۷.۲۸ بانداژ کردن شست

۳. اطلاعات خود را در رابطه با نوع بانداژ، ناحیه بانداژ شده و یافته‌های حاصل از بررسی و شناخت پرستاری شامل مشکلات پوستی یا عصبی عروقی در پرونده بیمار یادداشت کنید.

### نکات مورد ارزش‌یابی

- ❖ اجرای برنامه مراقبت‌های پیگیری بر اساس موارد طبیعی و انحراف از طبیعی
- ❖ گزارش موارد مهم انحراف از طبیعی به سرپرستار

### نمونه گزارش کتبی

تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/۰۰	۱۰/۰۰	باندکشی به روش ماریچ ساده به ساق پای راست بسته شد. انگشتان گرم و صورتی رنگ، گزگز وجود نداشت. نبض پشت پای راست ۶۵ بار در دقیقه پرستار احسان محمدی

### ملاحظات مربوط به دوره‌های مختلف زندگی (استفاده از باند و بانداژ)

#### کودکان

- در حین بانداژ از کودک کمک بگیرید.
- در صورت نگران بودن کودک بانداژ کردن را بر روی یک عروسک نمایش دهید.
- به کودک اجازه دهید که در صورت تمایل بانداژ خود را تزئین نماید.

#### سالمندان

- بیماران مبتلا به آرتریت، لرزش یا سفتی و خشکی مفاصل در حین بانداژ کردن نیازمند حمایت بیشتری می‌باشند.
- در سالمندان پوست و برآمدگی‌های استخوانی لازم است مرتباً از نظر آسیب و یا اختلال گردش خون مورد بررسی قرار گیرد.



### ملاحظات مربوط به مراقبت در منزل (استفاده از باند و بانداژ)

- نیاز آموزشی بیمار یا فرد مراقب را از نظر ضرورت استفاده از بانداژ بررسی کنید. توانائی و تمایل بیمار را برای انجام بانداژ مورد بررسی قرار دهید.
- از دسترس بودن وسایل مناسب اطمینان حاصل کنید. نحوه نگهداری صحیح آن‌ها را در منزل مورد بررسی قرار داده و اطمینان حاصل کنید که بیمار از چگونگی جایگزینی و خرید وسایل آگاهی دارد. تهیه ۲ سری وسیله برای بانداژ جهت جایگزینی لازم می‌باشد.
- به بیمار و فرد مراقب در مورد اهمیت رعایت نکات ذیل آموزش دهید:
  - الف) شستشوی کامل دست‌ها قبل از تماس با وسایل پانسمان و استفاده از بانداژ
  - ب) گزارش هر گونه آسیب پوستی، قرمزی، درد، یا رنگ پریدگی در محل مورد درمان
  - ج) بررسی کفایت گردش خون محیطی بعد از بستن بانداژ

۱۷.۹	بانداژ کردن عضو قطع شده <sup>۱</sup>
------	--------------------------------------

#### اهداف

- ❖ کمک به برگشت خون وریدی
- ❖ ایجاد فشار و کاهش خونریزی و یا تورم
- ❖ حفظ پانسمان در محل
- ❖ کمک به شکل پذیری عضو قطع شده برای دریافت عضو مصنوعی

#### نکات مورد بررسی

- ❖ مقدار ترشحات موجود بر روی پانسمان
- ❖ رنگ، درجه حرارت و تورم پوست اطراف پانسمان به منظور فراهم آوردن اطلاعات پایه جهت ارزیابی گردش خون ناحیه بعد از انجام بانداژ
- ❖ وجود هرگونه ناراحتی نظیر درد خیالی<sup>۲</sup>

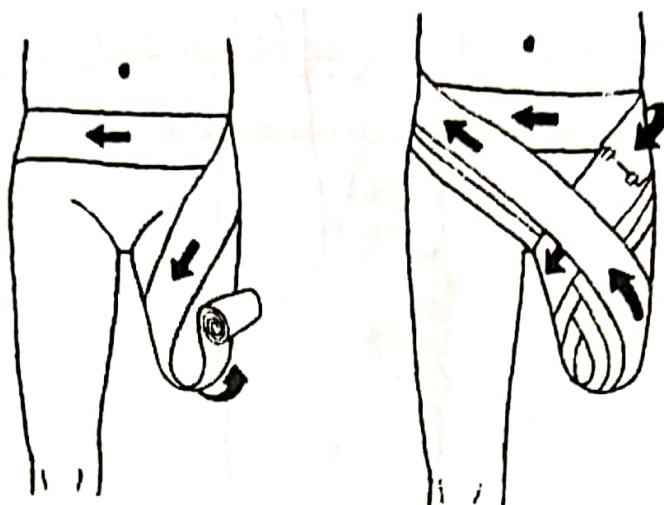
#### وسایل لازم

- ❖ بانداژ تمیز در اندازه مناسب
- ❖ نوار چسب، کلیپس مخصوص یا سنجاق قفلی

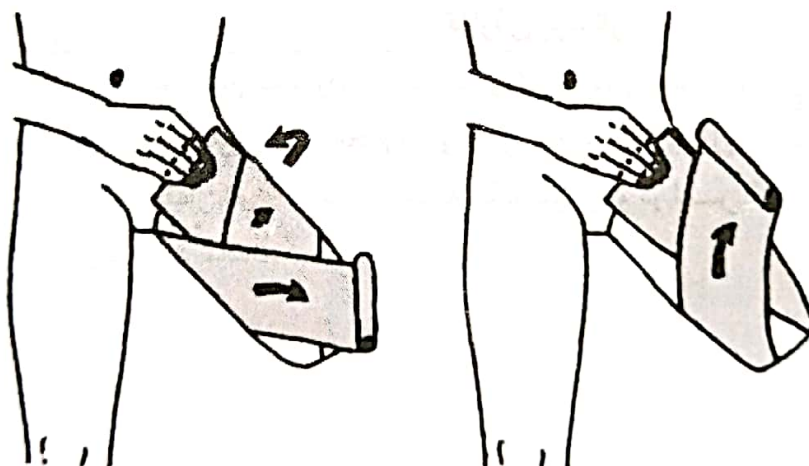
#### روش کار

- جهت بانداژ عضو قطع شده می‌توان از روش‌های بانداژ به شکل ۸ (تصاویر ۱۷.۲۹ و ۱۷.۳۰ و ۱۷.۳۱ و ۱۷.۳۲)، بانداژ مارپیچ (تصویر ۱۷.۳۳) و بانداژ برگشتی (تصویر ۱۷.۳۴) استفاده کرد.

1. Stump  
2. Phantom Pain



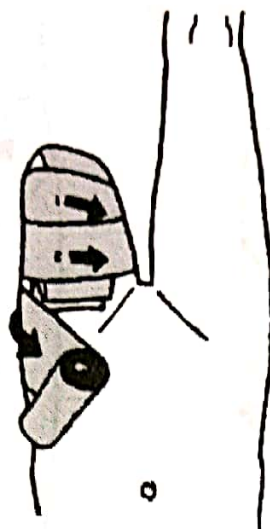
تصاویر ۱۷.۲۹ و ۱۷-۳۰ بانداژ کردن عضو قطع شده به روش ۸



تصاویر ۱۷.۳۱ و ۱۷.۳۲ نحوه دیگری برای بانداژ کردن عضو قطع شده به روش ۸



تصویر ۱۷.۳۳ بانداژ کردن عضو قطع شده به روش مارپیچ



تصویر ۱۷.۳۴ بانداژ کردن عضو قطع شده به روش برگشتی

### نمونه گزارش کتبی

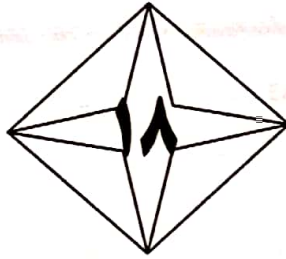
تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/-	۰۹/۰۰	<p>بانداژ عضو قطع شده برداشته شد. مقدار کمی ترشح معمولی بر روی پانسمان وجود داشت. پانسمان استریل انجام شد و عضو قطع شده به شکل ۸ بانداژ گردید. زخم تمیز با مقدار کمی التهاب، پوست به رنگ صورتی و در لمس گرم بود. شکایتی از گزگز وجود نداشت.</p>

پرستار احمد کریمی



## بخش ۱۸ مراقبت‌های مربوط به عمل جراحی

۵۱۴	۱۸.۱ آموزش نحوه حرکت پاها، انجام تنفس عمیق و سرفه
۵۱۹	۱۸.۲ آماده کردن محل عمل
۵۲۳	۱۸.۳ آماده کردن تخت بعد از عمل
۵۲۴	۱۸.۴ استفاده از ساکشن معده - روده‌ای
۵۲۵	• شروع ساکشن
۵۲۶	• برقراری ساکشن
۵۲۸	۱۸.۵ تستشوی سوند معده روده‌ای



## مراقبت‌های مربوط به عمل جراحی

آموزش نحوه حرکت پاها، انجام تنفس عمیق و سرفه

۱۸.۱

قبل از ارائه آموزش در مورد نحوه حرکت پاها، انجام تنفس عمیق و سرفه به نوع عمل جراحی، زمان عمل جراحی، نام جراح، دستورات قبل از عمل، مقررات مؤسسه و نیازهای آموزشی بیمار توجه کنید.

### اهداف

#### تحرك بیمار

- ❖ بهبود برگشت وریدی
- ❖ بهبود انبساط ریه‌ها و خروج بهتر ترشحات
- ❖ تحریک حرکات دستگاه گوارش
- ❖ به حرکت در آوردن سریع بیمار

#### حرکات پاها

- ❖ بهبود برگشت خون وریدی، در نتیجه پیشگیری از ترومبوفلیت و تشکیل لخته

#### تنفس عمیق و سرفه

- ❖ بهبود تهویه ریوی، در نتیجه جلوگیری از اتملکتازی<sup>۱</sup> و پنومونی

#### نکات مورد بررسی

- ❖ علائم حیاتی
- ❖ احساس ناراحتی

- ❖ درجه حرارت و رنگ پا و ساق پا
- ❖ صداهای تنفسی
- ❖ وجود تنگی نفس یا سرفه
- ❖ نیازهای آموزشی بیمار
- ❖ سطح اضطراب بیمار
- ❖ تجربه قبلی بیمار در مورد بیهوشی و جراحی
- ❖ وقوع تهوع، استفراغ و سایر واکنش‌ها نسبت به بیهوشی قبلی

### وسایل لازم

- ❖ بالش اضافی
- ❖ مواد آموزشی (نوار ویدئویی - کتابچه‌های آموزشی)

### روش کار

#### آماده‌سازی

- قبل از شروع آموزش اطمینان حاصل کنید که عوامل محیطی یا عوامل جسمی مخلّ تمرکز فکری بیمار وجود نداشته باشند.

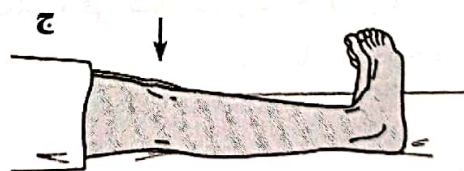
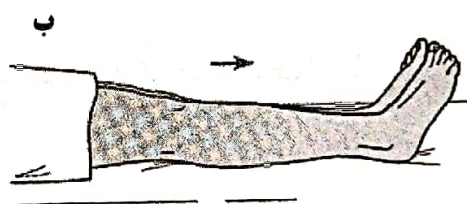
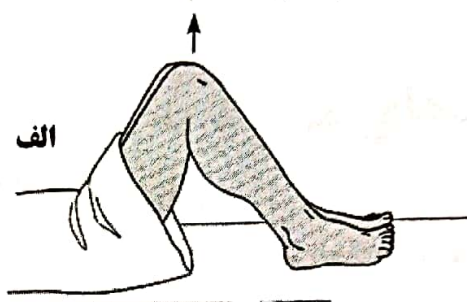
### نحوه اجرا

۱. قبل از اجرای روش خود را به بیمار معرفی کنید. ضرورت انجام کار و نحوه همکاری بیمار را مشخص کنید. در مورد آنچه که می‌خواهید آموزش دهید و اهمیت شرکت بیمار را در انجام تمرینات یادآور شوید.
  ۲. خلوت بیمار را فراهم آورید.
  ۳. به بیمار رادهای تغییر وضعیت در تخت و بیرون آمدن از تخت را آموزش دهید.
- الف) به بیماری که قرار است برش جراحی در ناحیه راست شکم یا قسمت راست قفسه سینه داشته باشد آموزش دهید که به روش ذیل به قسمت چپ تخت چرخیده و یا بنشیند:
۱. زانوهای خود را خم کند.
  ۲. به وسیله قرار دادن دست و ساعد چپ یا استفاده از یک بالش کوچک، برش جراحی را ثابت نگهدارد.
  ۳. در حالی که پای راست خود را به تخت فشار می‌دهد و نرده سمت چپ تخت را در دست گرفته است به سمت چپ خود بچرخد.
  ۴. با کمک دست راست و فشردن آن بر روی تشک خود را به وضعیت نشسته درآورد.
- ب) به بیماری که قرار است برش جراحی در ناحیه چپ شکم یا قسمت چپ قفسه سینه داشته باشد آموزش دهید که به روش عکس عمل کرده و به سمت راست خود بچرخد.
- ج) در بیمارانی که اعمال جراحی ارتوپدیک داشته‌اند (نظیر جراحی لگن) لازم است از وسایل کمکی خاص مثل تراپز برای کمک به حرکت و جابه‌جایی استفاده شود.

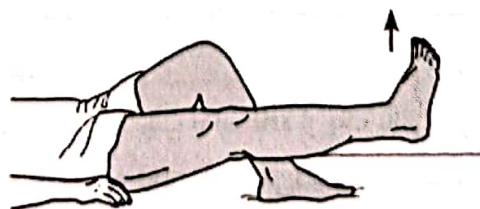


۴. به بیمار سه روش تمرینات حرکتی پاها را آموزش دهید:

- الف) به طور متناوب کف پاهای خود را از قسمت میچ به طرف بالا و پایین خم کند.  
 ب) زانوان خود را به طور متناوب خم و راست کند و پشت زانوان خود را (در حالی که پنجه پا به طرف بالا و میچ خمیده است) به تشک فشار دهد (تصویر ۱۸.۱). به بیماری که قادر به حرکت دادن پاهای خود نمی‌باشد، آموزش دهید که بطور مرتب عضلات پاهای خود را منقبض و منبسط کند.  
 ج) به طور متناوب پا را از تشک بالا آورده سپس روی تشک بازگرداند. در این حال پای طرف مقابل به صورت خمیده بر روی تشک قرار می‌گیرد (تصویر ۱۸.۲).



تصویر ۱۸.۱ خم و راست کردن زانوها



تصویر ۱۸.۲ بلند کردن و پایین آوردن پاها

۵. به بیمار در مورد نحوه انجام تنفس عمیق (دیافراگمی) آموزش دهید:

- الف) کف دست‌های خود را روی لبه انتهایی دنده‌ها قرار داده و به آرامی از طریق بینی عمل دم را انجام دهد تا زمانی که قفسه سینه حداکثر انبساط خود را بیابد (تصویر ۱۸.۳).  
 ب) برای ۲ تا ۳ ثانیه نفس خود را نگهدارد.

- ج) سپس به آرامی از طریق دهان بازدم انجام دهد.
- د) عمل بازدم را به قدری ادامه دهد تا اینکه حداکثر انقباض در عضلات قفسه سینه رخ دهد.
- ۶ به بیمار کمک کنید که تمرینات تنفسی عمیق را انجام دهد:
- الف) از بیمار بخواهید که در وضعیت نشسته قرار گیرد.
- ب) کف دست‌های خود را روی لبه انتهایی قفسه سینه قرار دهید تا بتوانید عمق تنفس بیمار را بررسی کنید.
- ج) از بیمار بخواهید که طبق مرحله ۵ تنفس عمیق را انجام دهد.



تصویر ۱۸.۳ نحوه نمایش تنفس عمیق

۷. به بیمار آموزش دهید که به طور ارادی بعد از ۵ دم عمیق عمل سرفه را انجام دهد.
- الف) از بیمار بخواهید که دم عمیق انجام دهد، برای چند ثانیه نفس خود را حبس کند، و سپس یک یا دو بار سرفه نماید.
- ب) از عمیق بودن سرفه‌های بیمار اطمینان حاصل کنید.
۸. نحوه ثابت نگه داشتن شکم را در صورت وجود برش جراحی دردناک هنگام سرفه کردن به بیمار آموزش دهید:
- الف) به بیمار چگونگی حمایت برش جراحی را به وسیله قرار دادن کف دست‌ها بر طرفین خط بخیه یا مستقیماً بر روی آن نشان دهید. در حالی که کف یک دست روی دست دیگر قرار گرفته است.
- ب) به بیمار نحوه ثابت کردن شکم با دست‌های مشت کرده را در حالی که بالش بر روی شکم قرار گرفته است نشان دهید.
۹. به بیمار در مورد دفعات تکرار این تمرینات آموزش دهید:
- الف) بیمار لازم است هرچه زودتر بعد از عمل جراحی تمرینات را آغاز کند.
- ب) بیمارانی که اعمال جراحی شکم یا قفسه سینه داشته اند لازم است تمرینات تنفسی و سرفه را حداقل هر ۲ ساعت یک بار انجام دهند و هر بار لازم است ۵ نوبت تنفس عمیق داشته باشند. بیمارانی که مستعد مشکلات تنفسی هستند لازم است تمرینات تنفسی را هر ساعت یک بار انجام دهند.
۱۰. یافته‌های حاصل از بررسی و نکات آموزش داده شده را در پرونده بیمار یادداشت کنید.

## نکات مورد ارزش‌یابی

- ❖ بررسی نتایج حاصل از برنامه آموزشی شامل:
  - بیمار از توانائی حرکت، انجام تمرینات پا، تنفس عمیق، و تمرینات تنفسی برخوردار می‌باشد.
  - بیمار نکات آموزشی مهم را بیاد آورده و بیان می‌کند.

## ملاحظات مربوط به دوره‌های مختلف زندگی (آموزش مربوط به مراقبت قبل از عمل) کودکان

- والدین لازم است از آنچه که انتظار می‌رود آگاه شوند و بتوانند نگرانی‌های خود را ابراز دارند.
- ترس از جدائی از والدین، بزرگترین عامل ایجاد ترس در کودکان است. لذا باید زمان جدائی از والدین به حداقل رسانده شود و والدین اجازه داشته باشند که در مراحل قبل از عمل و بعد از عمل با فرزند خود در تعامل باشند.
- آموزش به کودک لازم است متناسب با سطح تکامل و توانائی ذهنی او باشد.
- از واژه‌های ساده برای کمک به درک بیمار باید استفاده شود.
- بازی وسیله‌ای مؤثر برای آموزش کودک بشمار می‌آید.

## سالمندان

- قبل از آموزش بیمار لازم است از توانائی شنیداری او مطلع شد.
- حافظه نزدیک بیمار لازم است بررسی شود و از تکرار یا تأکید برای بخاطر سپردن استفاده شود.
- سالمندان در معرض بروز عوارض بعد از عمل مثل پنومونی می‌باشند، لذا لازم است هرچه سریعتر تمرینات مربوط به حرکت، تنفس عمیق و سرفه در بیمار آغاز شود.
- نیازهای آموزشی بعد از عمل بیمار باید مورد بررسی قرار گیرد. وسایل لازم نظیر واکر، تراپز و غیره باید قبلاً مهیا گردد.
- بیمار را باید از نظر بروز زخم‌های فشاری در مرحله بعد از عمل و یا در حین عمل مورد بررسی و مراقبت‌های لازم قرار داد.
- بسته به سن بیمار لازم است خطراتی که بعد از عمل او را تهدید می‌کنند، مشخص شود. این موارد شامل وضعیت تغذیه‌ای نامناسب، تاریخچه ابتلا به دیابت یا بیماری‌های قلبی عروقی و تاریخچه دریافت استروئیدها می‌باشند.

## ملاحظات مربوط به مراقبت در منزل (آموزش‌های بعد از عمل)

- بیماران بزرگسالی که دوران نقاهت و بهبودی خود را در منزل سپری می‌کنند نیازمند آموزش‌های ذیل می‌باشند:
  - تغذیه: خوردن غذا به مقدار کم و دفعات بیشتر، زیرا بیهوشی و درد موجب کاهش حرکات دودی دستگاه گوارش و تأخیر در تخلیه محتویات معده می‌گردد.



- ▣ **اجابت مزاج:** راه‌های پیش‌گیری از یبوست مانند داشتن تحرک و مصرف غذاهای ملین ضروری است زیرا حرکات دستگاه گوارش بدلیل بیهوشی، کم شدن فعالیت و مصرف داروهای مسکن کاهش می‌یابد.
- ▣ **فعالیت جنسی:** بسته به نوع و محل عمل و صلاحدید پزشک معالج، پس از گذشت مدت زمان لازم فعالیت جنسی برقرار شود.
- ▣ **مراقبت از زخم:** روش‌های مراقبت از زخم، پیشگیری از وارد آمدن فشار بر برش جراحی، درد موضعی و کنترل عفونت با بیمار مورد بحث و بررسی قرار گیرد.
- ▣ **بلند کردن اجسام سنگین:** بسته به نوع و محل عمل در مورد نحوه بلند کردن اجسام بر حسب وزن آن‌ها با بیمار گفتگو کنید.
- ▣ **کنترل درد:** اطلاعات لازم را در مورد داورهای ضد درد و زمان مناسب برای دریافت آن‌ها قبل از انجام فعالیت‌های روزمره زندگی در اختیار بیمار قرار دهید. در مورد اجتناب از فعالیت‌های ایجاد کننده درد بیمار را مطلع کنید.
- ▣ **استحمام:** با جراح در مورد زمان استحمام مشورت کنید زیرا برخی جراحان ترجیح می‌دهند محل عمل خشک نگهداشته شود. البته هیچ شواهدی دال بر اینکه آب برای یک زخم بسته مضر بوده یا ترمیم آن را به تعویق می‌اندازد وجود ندارد. به بیمار در صورت مجاز بودن آموزش دهید که با استفاده از حمام دوش محل جراحی را با ریختن آب تمیز کند و بعد به آرامی آن را خشک نماید.
- ▣ **کنترل عفونت:** علائم و نشانه‌های عفونت زخم و زمان مراجعه به پزشک را با بیمار مورد بحث قرار دهید.
- ▣ **فعالیت بدنی:** به بیمار توصیه کنید که در زمان‌های کوتاه فعالیت خود را انجام داده و در فواصل استراحت کند.

آماده کردن محل عمل	۱۸.۲
--------------------	------

قبل از آماده کردن پوست برای عمل جراحی لازم است دستور پزشک، مقررات مؤسسه و آلرژی‌های ثبت شده بیمار نسبت به محلول‌های مورد استفاده در آماده‌سازی پوست مشخص گردد.

### اهداف

- کاهش خطر عفونت زخم بعد از عمل جراحی به وسیله:
- ❖ تمیز کردن پوست از میکروب‌های گذرا<sup>۱</sup>
- ❖ کاهش میکروب‌های مقیم<sup>۲</sup> پوست
- ❖ ایجاد حداقل تحریک بر روی پوست
- ❖ کاهش رشد سریع میکروب‌ها

1. Transient microorganism  
2. Resident microorganism

### نکات مورد بررسی

- ❖ وجود دانه‌های پوستی، تحریکات پوستی، دانه‌های چرکی، ترشحات پوستی، خراش‌ها، کوفتگی‌ها یا زخم‌های پوستی
- ❖ توانایی بیمار جهت خودمراقبتی

### وسایل لازم

- ❖ چراغ پایه‌دار
- ❖ ملافه
- ❖ شان استریل در صورت لزوم
- ❖ چسب در صورت لزوم
- جهت زائل کردن موها با استفاده از کرم
  - ❖ کرم زائل کننده مو
  - ❖ لیف حمام
  - ❖ گاز
  - ❖ آب ولرم

@Parastari98B

- جهت زائل کردن موها با استفاده از ماشین اصلاح الکتریکی
  - ❖ ماشین اصلاح الکتریکی سالم
  - ❖ قیچی در صورت لزوم
  - ❖ محلول ضد میکروبی و اپلیکاتور در صورت لزوم

### • جهت تراشیدن مرطوب

- ❖ دستکش یک بار مصرف
- ❖ وسایل آماده کردن پوست شامل
  - الف) خودتراش یک بار مصرف
  - ب) ریسپور
  - ج) ملافه مشمع یک بار مصرف
  - د) محلول آب و صابون
  - ه) گاز
  - و) اپلیکاتور
  - ز) آب گرم

## روش کار

## آماده سازی

■ کنترل نوع جراحی و محل عمل

■ مهیا کردن وسایل مورد نیاز

## نحوه اجرا

۱. در صورتی که بیمار خود قادر به زائل کردن موهای ناحیه عمل می‌باشد او را در مورد روش مورد استفاده آموزش دهید در غیر این صورت بیمار را به روش ذیل کمک کنید.
۲. بیمار را از برنامه مورد نظر مطلع کنید و خلوت او را فراهم آورید.
۳. بیمار را با ملافه بپوشانید و روانداها را به پایین تخت تا کنید.
۴. تمام نواحی بدن بیمار را به جز ناحیه‌ای که قرار است در یک نوبت تراشیده شود بپوشانید. در هر بار ناحیه‌ای در حدود ۱۵ سانتی‌متر تراشیده می‌شود.
۵. در صورت استفاده از کرم زائل کننده مو به روش زیر اقدام کنید:

الف) ۲۴ ساعت قبل از آماده کردن محل عمل واکنش پوست را نسبت به کرم زائل کننده مو آزمایش کنید.  
 ب) برای مشخص کردن واکنش بیمار نسبت به کرم مورد استفاده مقدار کمی از آن را روی قسمت کوچکی از پوست ناحیه‌ای که قرار است آماده شود بمالید، بهتر است ناحیه‌ای که برای تعیین واکنش پوستی استفاده می‌شود در اطراف ناحیه مورد نظر باشد.

- ج) کرم را در لایه ضخیمی به آرامی روی پوست ناحیه مورد آزمایش بمالید.
- د) طبق دستور کارخانه سازنده برای مدت زمان مشخص تأمل کنید.
- ه) کرم را با لیف مرطوب شده با آب ولرم از روی پوست پاک کنید. از صابون استفاده نکنید.
- و) با استفاده از گاز، پوست ناحیه مورد آزمایش را به آرامی خشک کنید.
- ز) پس از گذشت ۲۴ ساعت، پوست بیمار را از نظر قرمزی یا هر گونه واکنش دیگر بررسی کنید.
- ح) موها را به یکی از طرق زیر زائل کنید:

## • زائل کردن موها با استفاده از کرم

در صورت طبیعی بودن واکنش پوست بیمار نسبت به کرم زائل کننده مو، به روش زیر اقدام کنید:

الف) ملافه مشمی را زیر محل مورد نظر پهن کنید.

ب) طبق توضیح قبلی کرم را روی ناحیه مورد نظر بمالید و برای حداقل زمان تعیین شده توسط کارخانه سازنده صبر کنید.

ج) قسمت کوچکی از پوست را بررسی کنید، چنانچه موها زائل نمی‌شوند چند دقیقه دیگر تأمل کنید و دوباره پوست را کنترل کنید. هرگز کرم را بیشتر از حداکثر زمان تعیین شده توسط کارخانه سازنده بر روی پوست قرار ندهید.

د) طبق توضیح قبلی پوست را تمیز و خشک کنید.



### • زائل کردن موها با استفاده از ماشین اصلاح الکتریکی

- الف) ملافه مشمعی را زیر ناحیه مورد نظر پهن کنید.  
 ب) اطمینان حاصل کنید که ناحیه خشک است.  
 ج) ناحیه را با ماشین اصلاح الکتریکی بتراشید، فشاری به کار نبرید چون باعث سائیدگی پوست خصوصاً در نواحی استخوانی خواهد شد.  
 د) دقت کنید که پوست ناحیه را مرحله به مرحله با کنار زدن ملافه بتراشید تا کل ناحیه مورد نظر تراشیده شود.

### • زائل کردن موها به روش مرطوب

- الف) ملافه مشمعی را زیر ناحیه مورد نظر پهن کنید.  
 ب) دستکش‌ها را بپوشید.  
 ج) پوست را به خوبی با محلول آب و صابون آغشته کنید.  
 د) پوست را محکم بکشید و خودتراش را با زاویه حدود ۴۵ درجه با پوست در دست بگیرید.  
 ه) ناحیه را در جهت رشد موهای بدن بتراشید. عمل تراشیدن را در محدوده‌های کوچک انجام داده، مرتباً خودتراش را آبکشی کنید.  
 و) موهای تراشیده شده را با گاز پاک کنید.  
 ز) دقت کنید پوست ناحیه را مرحله به مرحله با کنار زدن ملافه بتراشید تا کل ناحیه مورد نظر تراشیده شود.  
 ۷. طبق مقررات مؤسسه پوست را تمیز و ضد عفونی کنید:  
 الف) در برخی بیمارستان‌ها ضد عفونی کردن پوست در اتاق عمل انجام می‌شود.  
 ب) چنانچه لازم است از محلول ضد عفونی کننده استفاده شود، آن را بلافاصله بعد از تراشیدن ناحیه به کار ببرید. سپس اجازه دهید این محلول به حد کافی روی پوست باقی بماند (استفاده از محلول ضد عفونی کننده و مدت زمان باقی گذاردن بر روی پوست بستگی به مقررات مؤسسه دارد) سپس ناحیه را با گاز تمیز خشک کنید.  
 ج) قسمت‌هایی مثل ناف، ناخن‌ها و مجرای گوش را در صورت لزوم با اپلیکاتور آغشته به محلول ضد عفونی کننده پاک کرده و سپس خشک کنید.  
 ۸. پوست را از نظر هرگونه قرمزی یا خراش بررسی کنید، و وجود هرگونه ضایعه پوستی را به پرستار مسئول بخش گزارش کنید.  
 ۹. در صورت لزوم ناحیه را به روش استریل شسته، خشک کرده و با پارچه استریل پوشانیده و با چسب ثابت کنید.  
 ۱۰. دستکش‌ها را خارج کنید.  
 ۱۱. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید.  
 ۱۲. دست‌ها را بشوید.  
 ۱۳. اطلاعات خود را در ارتباط با روش مورد استفاده برای زائل کردن موها (محلول استفاده شده برای ضد عفونی پوست و وجود حساسیت)، ناحیه آماده شده و وضعیت پوست در پرونده یادداشت کنید.

## نکات مورد ارزش‌یابی

- ❖ توجه به وضعیت پوست محل عمل، وجود مو در ناحیه و هرگونه موارد غیر طبیعی
- ❖ گزارش اقدام انجام شده و موارد مهم انحراف از طبیعی به سرپرستار

## نمونه گزارش کتبی

تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/-	۲۱/۰۰	موهای سراسر پای چپ بیمار به روش مرطوب تراشیده شد. پوست سالم است. دانشجوی پرستاری وحید احمدی

۱۸.۳	آماده کردن تخت بعد از عمل <sup>۱</sup>
------	--

## هدف

- ❖ مرتب کردن پوشش‌های رویی بیمار جهت انتقال راحت بیمار به تخت

## وسایل لازم

- ❖ دو عدد ملافه بزرگ
- ❖ دو عدد ملافه مشمی یک‌بار مصرف
- ❖ یک عدد روتختی
- ❖ یک عدد روبالشی
- ❖ یک عدد روبالشی مشمی
- ❖ یک عدد پتو
- ❖ یک عدد بالش

## روش کار

۱. پس از اینکه بیمار به اتاق عمل رفت، کلیه ملافه‌های تخت را به طور کامل جمع کنید.
۲. دست‌ها را بشویید.
۳. وسایل آماده شده را به کنار تخت ببرید و به ترتیب استفاده در قسمت پشت صندلی قرار دهید.
۴. ملافه روی تشک را مطابق معمول درست کنید.
۵. یک ملافه مشمی را وسط تخت قرار دهید. به طوری که ۴۰ سانتی‌متر از بالای تشک فاصله داشته باشد.
۶. در صورت لزوم ملافه مشمی دیگری را طوری در بالای تشک قرار دهید که حداقل ۱۰ سانتی‌متر به روی ملافه مشمی اول قرار گیرد (استفاده از ملافه مشمی در بالای تشک، مخصوص بیهوشی عمومی می‌باشد).

۷. به طرف دیگر تخت رفته ملافه زیر را به زیر تشک بزنید.
۸. ملافه بزرگ را روی تخت پهن کنید.
۹. پتو را به فاصله ۲۵ سانتی‌متر از بالای تشک بر روی ملافه قرار دهید.
۱۰. روتختی را به فاصله ۲۰ سانتی‌متر از بالای تشک روی پتو قرار دهید.
۱۱. قسمت بالایی ملافه‌ها را مطابق معمول مرتب کنید.
۱۲. در قسمت پایین تخت زیادی پوشش‌های رو را برگردانید تا با لبه تشک مساوی شود.
۱۳. قسمت بالا و پایین پوشش‌های رو را به طور مثلی تا کرده سپس از عرض تا بزنید تا در قسمت دیگر تخت قرار گیرد.
۱۴. بالش را در روبالشی قرار داده، روی صندلی در کنار تخت قرار دهید.
۱۵. صندلی، میز روی تخت و دیگر وسایل موجود در اتاق را در جهتی قرار دهید که مزاحم برانکار حامل بیمار نشود.
۱۶. برحسب نوع عمل و نوع بیهوشی وسایل دیگری را که بعد از عمل ممکن است لازم شود نظیر پایه سرم، وسایل دهان‌شویه، ورقه جذب و دفع مایعات، ورقه کنترل علائم حیاتی، نرده کنار تخت، و یا وسایل اختصاصی نظیر اکسیژن، ساکشن، دستگاه فشار خون و گوشی را کنار تخت بیمار قرار دهید.
۱۷. واحد بیمار را مرتب کرده، هوای اتاق را تهویه کنید.

## ۱۸.۴

## استفاده از ساکشن معده - روده‌ای

قبل از آغاز ساکشن لازم است مشخص شود که:

الف) ساکشن مداوم یا متناوب باشد.

ب) فشار مجاز دستگاه ساکشن کم ۸۰ تا ۱۰۰ میلی‌متر جیوه، یا زیاد ۱۰۰ تا ۱۲۰ میلی‌متر جیوه) باشد.

ج) آیا دستور شستشوی سوند معده روده‌ای وجود دارد یا خیر؟ و در صورت استفاده نوع محلول مورد استفاده مشخص شود.

## اهداف

- ❖ تسکین نفخ شکم
- ❖ رفع فشار از روی معده بعد از جراحی
- ❖ خارج کردن خون و ترشحات از دستگاه گوارش
- ❖ تسکین ناراحتی بیمار در زمان وجود انسداد روده
- ❖ باز نگهداشتن سوند بینی معده‌ای

## نکات مورد بررسی

- ❖ وجود نفخ شکم در لمس
- ❖ شنیدن صدای روده‌ای



❖ ناراحتی شکمی

❖ علائم حیاتی

❖ مقدار و مشخصات ترشح

## • شروع ساکشن

## وسایل لازم

❖ سُنْد معده روده‌ای قرار گرفته در دستگاه گوارش بیمار

❖ ریسپور

❖ سرنگ ۵۰ میلی‌لیتری با رابط

❖ گوشی

❖ دستگاه ساکشن (مداوم یا متناوب)

❖ لوله و رابط

❖ دستکش یک‌بار مصرف

❖ کش لاستیکی و سنجاق قفلی

## روش کار

## آماده سازی

■ دستور پزشک را کنترل کنید.

■ وسایل را مهیا کنید.

## نحوه اجرا

۱. قبل از اجرای روش خود را به بیمار معرفی کنید. ضرورت انجام کار و نحوه همکاری بیمار را مشخص کنید.

۲. دست‌ها را بشوئید. روش‌های مناسب پیشگیری از عفونت را بکار بندید.

۳. خلوت بیمار را فراهم آورید.

۴. در صورت امکان بیمار را در وضعیت نیمه نشسته قرار دهید.

۵. به روش زیر از قرار داشتن سُنْد در معده اطمینان حاصل کنید:

الف) دستکش‌ها را بپوشید.

ب) حوله را روی سینه زیر چانه بیمار پهن کنید.

ج) سر سُنْد را داخل ریسپور قرار دهید.

د) محتویات معده را آسپیره کرده و واکنش اسیدی آن را کنترل کنید.

ه) مقدار ۱۰ تا ۳۰ میلی‌لیتر هوا را با سرعت به داخل سُنْد وارد کرده صدای جریان ورود هوا به معده را با

گوشی بشنوید.

۶ از صحت کار دستگاه ساکشن به روش زیر مطمئن شوید:

الف) دستگاه ساکشن را بر حسب نوع آن تنظیم کنید:

۱. ساکشن‌های متناوب عموماً برای سندهای تک مجرائی مورد استفاده قرار می‌گیرند و برای یک فاصله زمانی ۱۵ تا ۶۰ ثانیه، عمل تخلیه را انجام می‌دهند که به دنبال آن یک فاصله زمانی استراحت بدون تخلیه وجود دارد. ساکشن متناوب با فشاری بین ۸۰ تا ۱۰۰ میلی‌متر جیوه یا طبق دستور تنظیم می‌شود.

۲. ساکشن‌های مداوم برای سندهای دو مجرائی مورد استفاده قرار می‌گیرند. فشار این ساکشن‌ها بین ۶۰ تا ۱۲۰ میلی‌متر جیوه و یا طبق دستور پزشک تنظیم می‌شود.

۳. در صورت استفاده از ساکشن قابل حمل (نوع گامکو<sup>۱</sup>) آن‌ها هم برای سندهای تک مجرائی و هم برای سندهای دو مجرائی بترتیب با فشارهای کم یا زیاد قابل استفاده می‌باشند.

ب) دستگاه را روشن کنید و صحت عملکرد آن را کنترل کنید. به علامت مشخصه دستگاه ساکشن که نشان دهنده روشن بودن و کار کردن آن می‌باشد توجه کنید. چنانچه علامت مشخصه‌ای در دستگاه ساکشن وجود ندارد با قرار دادن انتهای باز لوله ساکشن در مجاورت گوش از کار کردن آن اطمینان حاصل کنید.

۷. به روش زیر عمل ساکشن کردن را شروع کنید:

الف) انتهای لوله معده روده‌ای را توسط رابطه و لوله به دستگاه ساکشن وصل کنید.

ب) دستگاه ساکشن را روشن کنید و برای چند دقیقه لوله را از نظر خروج محتویات معده بررسی کنید.

ج) چنانچه عمل ساکشن به خوبی انجام نمی‌شود لوله را از نظر پیچ‌خوردگی و نشت هوا کنترل کنید.

د) لوله رابط متصل به دستگاه را به ملافه‌های تخت ثابت کنید، به طوری که پایین‌تر از سطح شیشه جمع‌آوری ساکشن قرار نگیرد.

۸. وسایل اضافی را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید.

۹. دست‌ها را بشویید.

۱۰. ترشحات را بررسی کنید:

الف) مقدار، رنگ، بو و غلظت ترشحات را مورد مشاهده قرار دهید. ترشحات طبیعی معده دارای قوام موکوئیدی

می‌باشد و ممکن است بی‌رنگ یا زرد مایل به سبز باشد. رنگ قهوه‌ای نشان دهنده خونریزی می‌باشد.

ب) واکنش ترشحات معده را کنترل کنید، و با استفاده از نوار مخصوص وجود خون در آن را بررسی کنید.

## • برقراری ساکشن

### وسایل لازم

❖ ظرف مدرج برای اندازه‌گیری ترشحات معده

❖ ظرف محتوی آب

❖ اپلیکاتور به تعداد لازم

- ❖ پماد یا ماده لغزنده کننده
- ❖ دستکش یک‌بار مصرف
- ❖ ریسپور

## روش کار

۱. به طور منظم بیمار و دستگاه ساکشن را بررسی کنید:
  - الف) ابتدا هر ۳۰ دقیقه یک‌بار و سپس با اطمینان از کارکرد دستگاه هر ۲ ساعت یک‌بار بیمار را بررسی کنید. در صورت شکایت بیمار از احساس پُری، تهوع یا درد اپی‌گاستر یا عدم جریان ترشحات معده، احتمال انسداد سوند معده یا کارکرد غیر مؤثر دستگاه وجود دارد.
  - ب) سیستم ساکشن را از نظر هرگونه پیچ‌خوردگی یا انسداد در لوله‌ها و محکم‌بودن رابط‌ها بررسی کنید.
۲. در صورت وجود انسداد آن را به روش زیر رفع کنید:
  - الف) دستکش‌ها را بپوشید.
  - ب) لوله ساکشن را بدوشید.
  - ج) وسایل ساکشن را کنترل کنید. بدین منظور لوله بینی معده‌ای را از ساکشن جدا کرده و آن را داخل ریسپور قرار دهید؛ سپس دستگاه را روشن کنید و سر لوله ساکشن<sup>۱</sup> داخل ظرف محتوی آب قرار دهید. چنانچه آب به داخل شیشه ترشحات کشیده شد، ساکشن درست کار می‌کند. پس در این صورت سوند بینی معده‌ای مسدود بوده یا در وضعیت نامناسب قرار دارد.
  - د) در صورت امکان به بیمار تغییر وضعیت دهید.
  - ه) سوند بینی معده‌ای را بچرخانید و وضعیت آن را تغییر دهید. انجام این مرحله در بیمارانی که جراحی معده شده‌اند ممنوع می‌باشد.
  - و) بر اساس مقررات مؤسسه سوند بینی معده‌ای را شستشو دهید.
۳. آسایش و راحتی بیمار را فراهم آورید:
  - الف) هر ۳ ساعت یک‌بار بر حسب نیاز مجاری بینی بیمار را با استفاده از اپلیکاتور مرطوب تمیز کنید. از پماد یا ماده لغزنده کننده حلال در آب در مجاری بینی استفاده کنید.
  - ب) هر ۲-۴ ساعت یک‌بار بر حسب نیاز بیمار به او دهان‌شویه دهید. برخی بیماران بعد از عمل جراحی مجاز هستند که خرده‌های یخ را در دهان نگهدارند یا گاز مرطوب بر روی لب‌های آن‌ها قرار داده شود.
۴. هر ۸ ساعت یک‌بار یا هر زمان که  $\frac{3}{4}$  شیشه جمع‌آوری ترشحات پُر شد آن را تخلیه کنید:
  - الف) سوند بینی معده‌ای را کلامپ کرده و دستگاه ساکشن را خاموش کنید.
  - ب) دستکش‌ها را بپوشید.
  - ج) در صورت مدرج بودن شیشه جمع‌آوری ترشحات، مقدار ترشحات را بررسی کنید.
  - د) شیشه جمع‌آوری ترشحات را از دستگاه جدا کنید.



ه) در صورت عدم مدرج بودن شیشه، محتویات را داخل ظرف مدرج تخلیه کنید و مقدار آن را اندازه‌گیری کنید.

و) ترشحات را به دقت از نظر رنگ، غلظت و وجود موادی نظیر لخته‌های خون بررسی کنید.

ز) شیشه جمع‌آوری ترشحات را با آب گرم آبکشی کنید.

ح) مجدداً شیشه جمع‌آوری ترشحات را به دستگاه وصل کنید.

ط) دستگاه ساکشن را روشن کنید و کلامپ سُنَد را باز کنید.

ی) برای چند دقیقه نحوه کارکرد دستگاه ساکشن را مورد توجه قرار دهید تا از صحت آن اطمینان حاصل کنید.

۵. وسایل اضافی را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید.

۶. دستکش‌ها را خارج کنید، دست‌ها را بشویید.

۱۸.۵	شستشوی سُنَد معده روده‌ای
------	---------------------------

### وسایل لازم

❖ دستکش یک‌بار مصرف

❖ گوشی

❖ وسایل شستشو شامل:

الف) سرنگ ۵۰ میلی‌لیتری استریل به همراه رابط

ب) ریسور

ج) ظرف مدرج

❖ ظرف حاوی ۵۰۰ میلی‌لیتر محلول سرم فیزیولوژی استریل یا سایر محلول‌های دستور داده شده

❖ ملافه مشمی یک بار مصرف

### روش کار

#### آماده‌سازی

■ دستور پزشک را دقیقاً کنترل کنید.

■ وسایل مورد نیاز را مهیا سازید.

### روش اجرا

۱. بیمار را آماده کنید:

الف) بیمار را از برنامه مورد نظر مطلع کنید و خلوت او را فراهم آورید، دست‌ها را بشویید.

- (ب) ملافه مشمی را در زیر انتهای سُنْد معده پهن کنید.
- (ج) دستگاه ساکشن را خاموش کنید.
- (د) دستکش‌ها را بپوشید.
- (ه) سُنْد معده را از لوله رابط متصل به دستگاه جدا کنید و سر آن را داخل ریسپور قرار دهید.
- (و) از وجود سُنْد در معده به روشهای آموخته شده اطمینان حاصل کنید.
۲. عمل شستشوی سُنْد را به روش زیر انجام دهید:
- (الف) از محلول دستور داده شده به میزان ۳۰ تا ۵۰ میلی‌لیتر جهت هر بار شستشو در سرنگ بکشید.
- (ب) با استفاده از رابط، سرنگ را به سُنْد معده متصل کنید و به آرامی محلول را تزریق کنید.
- (ج) به آرامی محلول را آسپیره کنید تا از صدمه به مخاط معده پیشگیری شود.
- (د) در صورت مواجهه با مشکل در آسپیره کردن محلول، ۲۰ میلی‌لیتر هوا به داخل سُنْد تزریق کرده، مجدداً آسپیره کنید، یا به بیمار یا سُنْد معده تغییر وضعیت دهید، در صورت ادامه مشکل، سُنْد را به ساکشن متناوب با فشار کم متصل کنید و به پرستار اطلاع دهید.
- (ه) مراحل فوق را تا زمان اتمام محلول دستور داده شده ادامه دهید.
۳. عمل ساکشن را برقرار کنید:
- (الف) سُنْد معده را به دستگاه ساکشن متصل کنید.
- (ب) برای چند دقیقه صحت عمل دستگاه ساکشن را کنترل کنید.
۴. وسایل اضافی را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید.
۵. دستکش‌ها را خارج کنید و دست‌ها را بشویید.
۶. اطلاعات خود را در پرونده بیمار ثبت کنید:
- (الف) زمان شروع ساکشن، فشار دستگاه، رنگ و غلظت ترشحات و نکات مورد بررسی پرستاری را ثبت کنید.
- (ب) در طی برقرار بودن عمل ساکشن اقدامات پرستاری و اطلاعات خود را در رابطه با سیستم ساکشن ثبت کنید.
- (ج) هنگام شستشوی سُنْد، صحت قرار داشتن سُنْد در محل، زمان شستشو، مقدار و نوع محلول شستشو، مقدار، رنگ و غلظت مایع برگشتی، بازبودن سیستم بعد از شستشو و نکات مورد بررسی پرستاری را در پرونده بیمار یادداشت کنید.

### نکات مورد ارزش‌یابی

- ❖ اجرای برنامه مراقبت‌های پی‌گیری مناسب مثل تسکین نفخ شکم، صداهای روده، مشخصات و مقدار ترشح معده، سلامت مجاری بینی، وضعیت غشاء مخاطی دهان، باز بودن لوله و کارکرد سیستم
- ❖ مقایسه یافته‌های اخیر با اطلاعات قبلی قابل دسترس
- ❖ گزارش موارد مهم انحراف از طبیعی به سرپرستار

## نمونه گزارش کتبی

گزارش پرستار	ساعت	تاریخ
ساکشن با فشار ۱۰۰ میلی‌متر جیوه شروع شد. مایعی به رنگ قرمز روشن و آبکی تخلیه شد. شکم سخت و کمی نفّاخ. صداهای روده نامنظم و بلند دانشجوی پرستاری نصرت تهرانی	۱۴/۰۰	۹۳/۰۱
۲۵۰ میلی‌لیتر ترشح غلیظ قهوه‌ای روشن خارج شد. بیمار از درد شکایتی ندارد. صداهای روده بیشتر و بلندتر از حد طبیعی است. شکم در لمس نرم است. تحریکی در مخاط بینی وجود ندارد. مجاری بینی با آب تمیز شده و پماد ویتامین «آ» استعمال شد. علائم حیاتی هر ۲ ساعت یک بار کنترل شد. فشار خون $\frac{۱۴۰}{۸۰}$ میلی‌متر جیوه، نبض ۹۰ در دقیقه و تنفس ۱۶ در دقیقه می‌باشد. دانشجوی پرستاری نصرت تهرانی	۱۶/۰۰	۹۳/-/-
با کشیدن ترشحات معده از وجود سُنْد در معده اطمینان حاصل شد. سُنْد دو بار و هر بار با ۳۰ میلی‌لیتر سرم فیزیولوژی شستشو داده شد. دوبار مایع برگشتی کدر به رنگ قهوه‌ای روشن با لخته‌های کوچک تخلیه شد. شکم نرم است. علائم حیاتی ثابت می‌باشد. بیمار احساس ناراحتی ندارد. دانشجوی پرستاری امجد احسانی	۰۶/۰۰	۹۳/-/-

## ملاحظات مربوط به مراقبت در منزل (ساکشن دستگاه گوارش)

به فرد مراقبت دهنده نکات ذیل را در رابطه با ساکشن دستگاه گوارش آموزش دهید:

- برقراری ساکشن با فشار دستور داده شده
- دهانشویه هر ۲ ساعت یک بار
- اجتناب از ایجاد فشار یا کشیده شدن سُنْد بینی معده‌ای به وسیله متصل کردن آن به لباس بیمار
- بررسی باز بودن سُنْد در صورت بروز تهوع یا استفراغ
- گزارش به پرستار یا پزشک در مورد افزایش مقدار ترشحات یا وجود ترشحات خون‌آلود

@Parastari98B

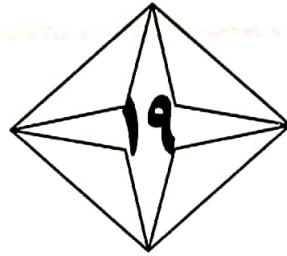


## مراقبت بعد از مرگ

بخش ۱۹

۵۳۲

۱۹.۱ مراقبت از بدن بعد از مرگ



## مراقبت بعد از مرگ

۱۹.۱	مراقبت از بدن بعد از مرگ
------	--------------------------

پس از اینکه پزشک مرگ بیمار را تأیید و آن را در پرونده ثبت کرد مراقبت از بدن طبق مقررات مؤسسه به عمل می‌آید.

### اهداف

- ❖ برقراری بهترین ظاهر ممکن به وسیله پیشگیری از صدمات پوستی و یا تغییر رنگ پوست
- ❖ حفظ احترام و شأن فرد فوت شده به وسیله رعایت کلیه اصول اخلاقی، شرعی و قانونی در مراقبت و حمل و نقل متوفی

### وسایل لازم

- ❖ گان تمیز و ماسک در صورت لزوم
- ❖ دستکش یک بار مصرف
- ❖ لیست اشیاء قیمتی و پاکتی برای نگهداری آنها
- ❖ برگه ثبت البسه و کیسه‌ای جهت نگهداری آنها
- ❖ پد چشمی مرطوب در صورت لزوم
- ❖ حوله
- ❖ لگن حمام حاوی آب گرم
- ❖ لیف و شانه
- ❖ پارچه مخصوص بیماران فوت شده
- ❖ ملافه
- ❖ وسایل پانسمان در صورت وجود زخم
- ❖ دو عدد مچ‌بند تهیه شده از باند و نوار چسب که نشان‌دهنده مشخصات متوفی باشد به علاوه یک قطعه چسب با همین مشخصات
- ❖ برانکار

## روش کار

۱. مقررات مؤسسه را در رابطه با موارد زیر مشخص کنید:
  - الف) نحوه شناسایی بدن
  - ب) خارج کردن وسایل اضافی از بدن (درن‌ها و لوله‌ها)
  - ج) اجازه اهداء اندام‌ها و بافت‌ها
  - د) اجازه انجام کالبد شکافی
  - ه) گواهی فوت
  - و) آداب مذهبی و مقررات مؤسسه در مورد وضعیت دادن به بدن متوفی؛ خارج کردن دندان مصنوعی و یا برداشتن کلاه‌گیس؛ و پوشانیدن بدن
  - ز) در صورتی که مرگ به علت یک بیماری عفونی روی داده باشد اقدامات احتیاطی لازم برای پیشگیری از انتشار عفونت به دیگران
۲. خلوت شخص فوت شده را فراهم آورید:
  - الف) درب اتاق را ببندید و یا پرده‌های اطراف تخت را بکشید.
  - ب) در صورت ضرورت، دیگر بیماران حاضر در اتاق را با توضیحی صادقانه مطلع کنید.
  - ج) برابر مقررات بیمارستان، اقوام شخص فوت شده را از مرگ وی مطلع کنید.
۳. تمامی وسایل غیر ضروری از قبیل کپسول اکسیژن، دستگاه ساکشن و ... را از اتاق خارج کرده به محل مربوطه برگردانید تا بعداً تمیز گردند.
۴. تمامی وسایل مورد نیاز را آماده کرده به اتاق مربوطه ببرید. برانکار در مرحله آخر برده می‌شود.
۵. در صورت لزوم ماسک زده، گان و دستکش بپوشید.
۶. شخص فوت شده را در وضعیت مناسب قرار دهید:
  - الف) بدن را در وضعیت صاف و به پشت خوابیده قرار دهید. به طوری که دست‌ها در طرفین بدن و کف دست‌ها به طرف پایین باشد.
  - ب) یک بالش زیر سر و شانه‌های متوفی قرار دهید تا از تغییر رنگ صورت در نتیجه رکود خون در آن جلوگیری شود.
  - ج) چشم‌ها را به آرامی با نوک انگشتان خود بسته و چند ثانیه دست خود را روی چشم‌ها نگهدارید تا بسته باقی بماند. چنانچه بسته نماند، یک قطعه پد چشمی را مرطوب کرده برای چند لحظه روی چشم‌ها قرار دهید.
  - د) با قرار دادن حوله لوله شده در زیر چانه متوفی سعی کنید دهان را بسته نگهدارید.
۷. چنانچه حلقه، النگو یا دیگر وسایل زینتی همراه متوفی است، آن‌ها را از بدن خارج کرده و در گوشه‌ای مطمئن قرار دهید و لیست کاملی از آن‌ها تهیه کنید.
۸. البسه متوفی را لیست کرده در کیسه مخصوص قرار دهید.
۹. وسایل اضافی متصل به متوفی نظیر لوله‌ها و کیسه‌ها را جدا کرده محل خروج لوله را در صورت لزوم پانسمان کنید. در صورت نیاز به انجام کالبد شکافی، مقررات برخی مؤسسات ایجاب می‌نماید که هیچ‌یک از لوله‌ها از محل خود خارج نشوند. در برخی مؤسسات دیگر لوله‌ها را از فاصله ۲/۵ سانتی‌متری بدن چیده و باقیمانده لوله را تا انجام کالبدشکافی در محل به بدن ثابت می‌کنند.



۱۰. در صورت لزوم بدن متوفی را تمیز کنید:

(الف) در لگن تا نیمه آب گرم ریخته، لیف را مرطوب کرده ابتدا صورت و سپس دیگر قسمت‌های بدن را از خون و ترشحات اضافی پاک کنید. نیازی به حمام دادن کامل نیست.

(ب) قطعه‌ای پد یا گاز را روی پرینه و زیر باسن شخص فوت شده قرار دهید تا مدفوع و ادراری که در اثر بی‌اختیاری ناشی از شل شدن اسفنکترها خارج می‌شود جذب گردد.

(ج) در صورت وجود زخم باز محل را پانسمان کنید.

(د) موهای شخص فوت شده را شانه کرده مرتب کنید.

(ه) در صورتی که اقوام متوفی مجاز به دیدن شخص فوت شده هستند:

۱. در صورت نیاز ملاقه زیرین را تعویض کنید.

۲. ملاقه تمیزی روی شخص فوت شده پهن کرده و آن را کاملاً صاف و مرتب کنید و تا روی شانه‌ها بالا بکشید.

۱۱. دو عدد مچ‌بند تهیه شده از باند و نوار چسب را که شامل نام و نام خانوادگی، شماره پرونده و نام پزشک معالج می‌باشد به مچ دست و مچ پای شخص فوت شده ببندید.

۱۲. امکانات لازم را جهت ملاقات بستگان شخص فوت شده فراهم کنید:

(الف) وسایل اضافی اتاق را جمع‌آوری کرده، اتاق را مرتب کنید.

(ب) تا حد امکان نور ملایمی در اتاق ایجاد کنید.

(ج) جایگاه مناسبی برای نشستن اقوام شخص فوت شده فراهم کنید.

(د) در ابتدا در کنار بستگان متوفی در اتاق بمانید سپس آن‌ها را با شخص فوت شده تنها بگذارید.

۱۳. چنانچه مقررات بیمارستان اجازه نمی‌دهد اقوام شخص فوت شده وی را ملاقات کنند و یا پس از اینکه بستگان شخص فوت شده او را ترک کردند، بدن را به روش زیر بیپچید:

(الف) شخص فوت شده را روی یک پارچه مخصوص که توسط بیمارستان در اختیار شما قرار گرفته است قرار دهید.

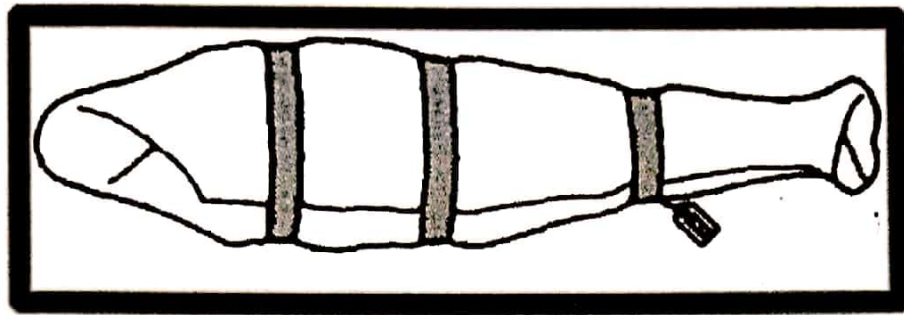
(ب) مچ پاهای شخص فوت شده را با کمک یک باند به یکدیگر ببندید.

(ج) بالا و پایین پارچه مخصوص را روی بدن متوفی تا کرده، طرفین پارچه را روی هم قرار دهید. در صورت لزوم از باند یا چسب برای ثابت کردن پارچه استفاده کنید (تصویر ۱. ۱۹)

(د) قطعه چسب نشان دهنده مشخصات شخص فوت شده را که قبلاً آماده کرده بودید بر روی این پارچه بچسبانید.

۱۴. دستکش و گان خود را خارج کنید.

۱۵. تمامی اشیاء قیمتی باقی مانده از متوفی و همچنین کبسه حاوی البسه وی را به همراه برگه مخصوص ثبت اشیاء قیمتی و البسه به سرپرستار بخش تحویل ۵۰. تب تحویل آن به بستگان متوفی یا نگهداری آن در صندوق امانات بیمارستان داده شود.



تصویر ۱۹.۱ طرز پیچیدن شخص فوت شده درون پارچه مخصوص

۱۶. ترتیب انتقال جسد را به سردخانه بیمارستان بدهید:

(الف) برانکار را وارد اتاق کنید.

(ب) جسد را به آرامی با کمک فرد یا افراد دیگر بر روی برانکار منتقل کنید. دقت کنید، راستای طبیعی بدن حفظ شده باشد.

(ج) ملافه‌ای روی شخص فوت شده پهن کنید.

(د) در صورت امکان درب اتاق‌های سایر بیماران را بسته و حتی‌الامکان جسد را به وسیله آسانسوری که مربوط به امور خدماتی است به کمک بیمار بر بخش به سردخانه بیمارستان منتقل کنید.

۱۷. وسایل اضافی موجود در اتاق شخص فوت شده را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آن‌ها به عمل آورید.

۱۸. اطلاعات خود را در پرونده متوفی یادداشت کنید شامل:

علت مرگ، تاریخ و زمان مرگ، ساعت مطلع کردن پزشک، نحوه نگهداری از اشیاء قیمتی و متعلقات وی، مراقبت از بدن، فرم‌های امضاء شده توسط بستگان، متصل کردن مچ‌بندی حاوی مشخصات، اطلاعات داده شده به بستگان شخص فوت شده و واکنش آن‌ها

### نمونه گزارش کتبی

تاریخ	ساعت	گزارش پرستار
۹۳/-/-	۰۶/۰۰	مرگ توسط دکتر قوامی تأیید شد. به بستگان متوفی اطلاع داده شد. اجازه انجام کالبد شکافی توسط دکتر قوامی اخذ گردید. کلیه وسایل متوفی به شوهر وی تحویل داده شد. اقوام شخص فوت شده از وی دیدن کردند. جسد به سردخانه منتقل شد و گواهی مرگ صادر گردید.
		پرستار منصوره کرمی

@Parastari98B